

ETUDE

297

SUR LES

ÉTATS PÉRIODIQUES

D'EXCITATION ET DE DÉPRESSION

chez les Enfants

par

Thérèse REVON

Président: M. NOBECOURT, Professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel

1923

297



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETUDE SUR LES ETATS PERIODIQUES

D'EXCITATION ET DE DEPRESSION

CHEZ LES ENFANTS

ETUDE

SUR LES

ÉTATS PÉRIODIQUES

D'EXCITATION ET DE DÉPRESSION

chez les Enfants

par

Thérèse REVON

Président: M. NOBECOURT, Professeur

— 0 —

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel

1933

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

LE DOYEN

M ROGER

PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des mala-
 dies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux ..
 Clinique des maladies contagieuses
 Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique

MM.
 NICOLAS.
 CUNEO.
 Ch. RICHEL.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANCON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBE.

LECENE.
 LETULLE
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MENETRIER.
 ROGER.
 ACHARD.
 WIDAL.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 MARFAN.
 NOBECOURT.

CLAUDE.
 JEANSELME.
 P. MARIE.
 TEISSIER.
 DELBEI.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.
 De LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 Auguste BROCA.
 VAQUEZ.
 SEBILLEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOUIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMAREST

MM.
 DUVOIR
 FRESSINER
 GARNIER
 GOUGEOT
 GREGOIRE
 GUENOT
 GUILLAIN
 HEITZ-ROYER
 JOYEUX.
 LABBE (Henri)
 LAIGNEU-LAVASTINE
 LANGLOIS
 LARDENNOIS

MM.
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBOULLET
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT
 RATHERY

MM.
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ
 STROHL
 TANON
 TERRIEN
 VILLARET
 TIFFENEAU

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A M. le PROFESSEUR NOBECOURT

qui a bien voulu accepter de présider notre
thèse. Qu'il nous permette ici de le remercier
de nous avoir fait cet honneur.

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance et de
profonde affection

A MES SŒURS, A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

Au moment de terminer nos études, nous tenons à venir remercier bien vivement nos maîtres des hôpitaux.

C'est le Professeur Landouzy qui nous a donné nos premières notions médicales, et qui nous fit comprendre dès l'abord l'importance des idées générales qui se dégagent d'une observation clinique rigoureuse.

Notre excellent Maître le Docteur Arrou nous a appris à aimer la chirurgie; nous avons gardé le meilleur souvenir de son enseignement et de sa profonde bonté pour les malades.

La neurologie nous est apparue sous un jour tout particulièrement attrayant dans le service du Professeur Pierre Marie ; nous gardons un attachant souvenir de ses consultations toujours si intéressantes et de son examen si approfondi des malades.

Nous adressons tous nos remerciements à MM. les Professeurs agrégés Richardière et Ombrédanne, qui nous ont enseigné la médecine et la chirurgie de l'enfance.

Nous exprimons notre gratitude à MM. les Docteurs Apert et Cathala, à M. le Professeur Teissier, pour l'extrême bienveillance qu'ils nous témoignèrent, et pour leurs précieuses leçons.

INTRODUCTION

Nous suivons depuis 1915 la Clinique de neuro-psychiâtrie infantile de M. André Collin, qui nous a inspiré cette thèse. Nous sommes heureuse de pouvoir remercier ici de son enseignement suggestif, dont les points de vue, toujours originaux, donnent, à cette consultation de neuro-psychiâtrie spéciale, tout l'attrait d'une démonstration de sociologie et de pathologie générale.

M. André Collin a bien voulu nous permettre de puiser parmi les quelque 3.000 observations qu'il a recueillies et de revoir nous-mêmes certains enfants pour les étudier de plus près. C'est lui qui nous a guidée dans notre travail, et nous tenons à lui faire hommage de ce qui peut paraître bon dans cette thèse.

Les enfants examinés à la consultation viennent de divers côtés : M. Rollet, juge du tribunal pour enfants de Paris et du département de la Seine, demande régulièrement au Docteur André Collin l'examen de tous les enfants qui doivent comparaître au tribunal, ou qui sont l'objet d'une demande de mise en correction par leurs parents. Les infirmières scolaires de certains arrondissements, quelques directrices d'écoles, les médecins-inspecteurs des écoles Harvier et Vitry envoient à la consultation les enfants

mentalement anormaux de leurs classes ; enfin, de nombreux parents viennent réclamer spontanément l'examen mental de leur enfant.

Parmi les jeunes sujets observés, quelques-uns présentaient des troubles du caractère d'allure intermittente, rappelant de bien près la psychose périodique des adultes ; le diagnostic d'une cyclothymie à son début venait naturellement à l'esprit, entraînant le pronostic mental sévère que chacun connaît. Comme chez bon nombre d'enfants de la classe populaire parisienne, mal aérés et souvent mal nourris, on trouvait chez eux des troubles viscéraux, tuberculose, dyspepsie chronique, pour lesquels ils furent mis en traitement. Sous l'influence d'une bonne hygiène organique, il ne s'est pas produit seulement, comme on l'observe si fréquemment, une certaine amélioration de l'état mental : les désordres psychiques ont complètement disparu, pour reparaitre d'ailleurs, en cas de rechute des affections somatiques. La possibilité d'une relation véritable, et non d'une simple coïncidence, entre ces altérations somatiques et les altérations psychiques nous a engagée à étudier de plus près les caractères des symptômes mentaux observés chez ces enfants, la périodicité des désordres signalés, l'évolution des modifications psychiques en rapport avec les modifications organiques. Nous avons cru pouvoir établir un parallélisme étroit entre ces deux ordres de symptômes.

Restait à rechercher s'il existait entre eux un lien de causalité. S'agit-il de troubles organiques exagérant d'une manière transitoire les manifestations

d'une cyclothymie constitutionnelle ? Ou bien, les troubles mentaux ne seraient-ils pas seulement un épisode révélateur de troubles organiques chroniques méconnus ? Et, dans ce dernier cas, un terrain spécial de fragilité du système nerveux, héréditairement transmis ou précocement acquis par l'enfant, n'est-il pas nécessaire à l'éclosion des troubles mentaux ? Nous croyons pouvoir démontrer l'importance étiologique de l'intoxication chronique et de ce terrain déterminé sur lequel elle évolue.

Il est facile de comprendre toute la valeur de l'interprétation pathogénique des faits observés. Une cyclothymie est d'un pronostic sévère ; le traitement l'améliore quelquefois, mais ne la guérit jamais. Bien au contraire, une thérapeutique active agit avec efficacité contre les intoxications d'origine tuberculeuse ou digestive ; les troubles mentaux disparaissent avec la cause qui les provoquait : le pronostic est excellent.

HISTORIQUE

La psychologie de l'enfant est, depuis une trentaine d'années, l'objet d'études toutes particulières. Les enfants anormaux, notamment, ont suscité de nombreuses recherches pédagogiques et médicales, soit que l'on comprenne sous cette dénomination, comme le fait, par exemple, Decroly, les enfants qui présentent des anomalies physiques, sensorielles et psychiques, soit qu'on la restreigne aux seuls enfants mentalement anormaux, comme le fait Paul-Boncour.

Dans tous les pays, et en France, dans toutes les grandes villes, se sont créées des écoles d'anormaux et des œuvres protectrices de l'enfance anormale. Des revues se sont fondées, spécialement consacrées aux anomalies chez les enfants : « L'enfant », en 1893 ; « L'Enfance anormale », en 1905 ; « La Médecine scolaire », en 1908 ; la « Revue des tribunaux pour enfants », en 1913 ; etc... Les enfants anormaux et coupables sont l'objet de lois nouvelles. Les Congrès de psychiatrie, les Congrès de protection de l'Enfance leur consacrent des études toutes spéciales : et c'est Régis qui fait, au VI^e Congrès national d'Assistance, à Montpellier, le rapport général sur l' « Assistance préventive aux Enfants anormaux ».

Depuis Moreau de Tours, qui consacre, en 1888, un très intéressant ouvrage à « La folie chez les enfants », il n'est pas de médecin aliéniste ou de pédiatre qui ne se soit occupé de cette catégorie de troubles psychiques. Bourneville a isolé et décrit les enfants grossièrement anormaux, les idiots, les imbéciles d'asile. Cruchet, Raoul Dupuy, Maurice de Fleury, Manheimer, Nathan et Durot, Wallon, Régis, bien d'autres encore ont particulièrement étudié les enfants anormaux. En 1906, à la Faculté de Médecine de Paris, Roubinovitch fait un cours sur les enfants anormaux.

A l'étranger, les travaux de Decroly, Demoor, Mlle Ioteyko, Jonckheere, Ley, Sante de Sanetis, Shuttleworth, Stern, etc... ont contribué à éclaircir la question.

Paul-Boncour, médecin de l'Ecole Théophile-Roussel, en collaboration avec Philippe, décrit et classe « Les anomalies mentales chez les écoliers ». Ils distinguent les anormaux majeurs (idiots, imbéciles) qui n'arrivent pas à l'école ou qui n'y restent pas, des anormaux mineurs, qui pourront mener « la vie sociale en liberté, toutes les fois que l'éducation physique et morale est dirigée de façon à compenser ou à pallier les déféctuosités, à rétablir un équilibre compromis, mais non impossible ». Ces anormaux mineurs seront les arriérés intellectuels, les instables, les asthéniques, les épileptiques, les hystériques. A côté d'eux doivent se placer les enfants subnormaux, qui sont « comme des diminutifs très atténués » des anormaux ; ce sont des enfants dont le

système cérébral reste en état d'équilibre instable et qu'un trouble organique banal, l'adénoïdisme, par exemple, transforme en arriérés. Enfin, Paul-Boncour et Philippe font une place aux anormaux transitoires, par troubles de croissance ou par quelque affection organique ; ces enfants retrouvent leur état mental antérieur, une fois guéris de leur maladie physique.

André Collin décrit « Le syndrome infantile normal psycho-neuro-musculaire » ; il étudie « Le développement de l'enfant » et il insiste sur l'importance du retard et de la précocité dans l'établissement des grandes fonctions chez l'enfant. Il résume, dans son « Traité de médecine légale infantile », les données d'une expérience fondée sur l'examen de plus de 3.000 sujets, observés parmi les enfants des tribunaux, des patronages, des lycées et des écoles.

Toute une série de thèses, enfin, analyse des points plus particuliers de cette immense étude de l'enfance anormale : Les arriérés scolaires, les altérations du caractère, les enfants anormaux et la délinquance juvénile, les suicides, les délires, la démence précoce infantile, les fugues, l'hystérie, les vols, le mensonge sont respectivement étudiés par Le Roy des Barres, Mlle Delporte, Heuyer, Barbaux, Vinchon, Mlle Hollaender, Meurice, Madin, Schutzenberger, Mlle Marie Revon.

Les états périodiques ont été signalés chez l'enfant. Delasiauve, en 1852, fait une série de leçons sur la manie infantile. Moreau de Tours écrit qu'après

7 ans, (1) « dans la seconde période de la vie, l'enfant peut offrir une excitation maniaque franche ou, au contraire, une dépression bien nette, véritable lypémanie ». Depuis, on en a publié un certain nombre de cas. De même, la folie à double forme a été signalée. Nous en trouvons de belles observations dans la thèse de Vinchon. Nathan et Durot (2) écrivent à propos de la cyclothymie : « On l'a rarement décrite chez l'enfant. C'est probablement que ses formes légères ont passé inaperçues chez lui comme elles passent inaperçues chez l'adulte ; dans les commémoratifs des observations d'adultes, prises avec soin, les manifestations semblent remonter à l'adolescence ». Kahn (3), qui a fait de l'étude de la cyclothymie le sujet de sa thèse, fait aussi remonter le début des accidents psychiques à l'adolescence. Chaslin, cité par Heuyer (4), pense que l'instabilité de l'enfant « survenant par intervalle ou continue, (celle-ci) n'est peut-être que la forme légère d'une constitution hypomaniaque ». « Nous rapportons, dit Heuyer (5), plusieurs observations recueillies à la fois chez les anormaux d'école et chez les délinquants juvéniles, dans lesquelles cette intermittence s'affirme avec plus ou moins de netteté. Assez fréquemment, nous avons rencontré chez les enfants des manifestations précoces du caractère cyclothymique ».

(1) MOREAU DE TOURS, La Folie chez les enfants.

(2) NATHAN et DURET. Les arriérés scolaires.

(3) KAHN. La Cyclothymie.

(4) HEUYER. Enfants anormaux et délinquants juvéniles.

(5) *Ibidem*.

En dehors de la cyclothymie, des périodes d'excitation et de dépression ont été observées, par tous les auteurs, chez les enfants débiles intellectuels. Paul-Boncour, à côté de l'arriéré qui n'apprend en classe que par périodes, décrit le pervers intermittent, qui semble agir par bouffées impulsives. Meurice attribue les fugues des enfants à des impulsions véritables, les prenant par intermittences. Les équivalents psychiques de l'épilepsie, eux aussi, se répètent quelquefois selon un type périodique.

Enfin, de nombreux auteurs ont insisté sur l'importance des troubles organiques dans la genèse de certains troubles mentaux et Mlle Delporte a signalé cette influence organique méconnue dans les troubles psychiques intermittents : (6) « Dans d'autres cas, la folie est intermittente et se dissimule davantage. Les alternatives de bonne et de mauvaise conduite sont bien faites encore pour étonner ; mais comme la mauvaise conduite revient souvent, on peut l'attribuer à des caprices d'un caractère variable sur lequel il convient d'agir pour lui donner un peu plus de constance ». Maurice de Fleury pense que beaucoup de paresse, de tristesses, de colères chez l'enfant sont d'origine organique, dues à une hypotonie et à une hyponutrition généralisées. Il dit des enfants tristes : (7) « Cet état d'âme presque invraisemblable à cet âge, je l'ai observé à l'état chronique, régnant à peu près sans relâche et, d'autres fois, *par*

(6) Mlle DELPORTE Les altérations du caractère chez l'enfant.

(7) MAURICE DE FLEURY. Le corps et l'âme de l'enfant.

crises revenant après des périodes plus ou moins longues de répit ». Régis insiste sur le rôle des intoxications de la puberté : (8) « Chez certains malades, c'est un accès de manie ou de mélancolie qui éclate, généralement passager, mais à évolution souvent rémittente, intermittente ou même circulaire. » On a signalé fréquemment des troubles psychiques intermittents, survenant chez des jeunes filles au moment de l'établissement des règles, et coïncidant avec elles. Moreau de Tours (9) en cite de nombreux exemples, notamment « une espèce d'imbécillité » revenant chaque mois. Voisin (10) a observé en même temps dans son service trois jeunes filles qui présentaient, au moment de leurs règles, de véritables états mélancoliques et maniaques passagers. Paul-Boncour (11), enfin, cite plusieurs observations d'états psychiques intermittents en relation avec des troubles digestifs à répétition.

Ainsi, les états périodiques étudiés chez l'enfant ont été rattachés soit à la folie maniaque dépressive, soit aux poussées impulsives qui surviennent chez les dégénérés, les pervers, les épileptiques. On a quelquefois observé aussi des phénomènes d'excitation ou de dépression d'allure cyclique, chez certains enfants atteints d'anomalies transitoires par mauvais état organique.

André Collin, tout récemment, classe en 3 grou-

(8) RÉGIS. Précis de psychiatrie.

(9) MOREAU DE TOURS. Loco-citeto.

(10) VOISIN. Les psychoses de la puberté.

(11) PAUL-BONCOUR. Excitabilité psycho-motrice et troubles digestifs chez l'enfant

pes les enfants atteints d'accès intermittents qu'il a observés : (12) « Les uns, les moins nombreux, ont des périodes d'excitation et de dépression, à intervalles plus ou moins longs... Ils reproduisent en tous points la psychose périodique des adultes.

Les plus nombreux, qui forment le second groupe, se différencient immédiatement des premiers en ce que, à l'origine de toutes leurs périodes d'agitation ou de dépression, un trouble organique plus ou moins grave peut être mis en évidence et que leurs alternatives de dépression ou d'excitation suivent les variations de la cause cliniquement appréciable qui les a fait naître et, sans être proportionnelle à l'intensité de celle-ci, cessent de se produire lorsque la cause disparaît...

Les enfants du 3^e groupe se montrent excités ou déprimés par intervalles, suivant qu'ils sont poussés ou non par des sentiments exaspérés ». Ce sont les enfants qui appartiennent au second groupe, atteints d'accès périodiques en relation avec une maladie organique, qui font l'objet de notre thèse et que nous allons maintenant étudier.

(12) ANDRÉ COLLIN. Traité de médecine légale infantile.

SYMPTOMATOLOGIE

METHODE DE L'EXAMEN MENTAL

Avant d'aborder en détail l'étude des enfants atteints de troubles psychiques périodiques, qui font l'objet de cette thèse, nous dirons quelques mots sur les méthodes d'examen mental auxquelles nous avons eu recours, et qui sont celles que nous avons vues constamment employées par notre maître André Collin, à sa clinique de neuro-psychiâtrie infantile.

L'examen mental des enfants a été, dans ces dernières années, l'objet de nombreuses études, et les intéressants travaux de Binet et Simon, Ley, Raoul Dupuy, Decroly, Vaney et tant d'autres, ont précisé les méthodes d'investigation et critiqué la valeur des résultats. Les tests mentaux sont désormais adoptés par tous, avec seulement quelques variantes dans les épreuves choisies par chacun. Et si, par exemple, Decroly, Stern, Raoul Dupuy objectent aux tests devenus classiques de Binet et Simon que les épreuves proposées aux enfants les plus jeunes sont trop simples, alors que celles auxquelles on soumet les enfant plus âgés sont un peu difficiles, tous ces auteurs sont d'accord pour admettre, dans l'ensemble,

cette façon de procéder comme excellente. Depuis, d'ailleurs, aux tests psychologiques de Binet et Simon, des tests pédagogiques, sensoriels, ont été ajoutés par Vaney, Toulouse, Raoul Dupuy, etc... Enfin, Decroly, Stern, insistent sur la manière dont on doit comprendre et interpréter les tests, en tenant compte du milieu social des enfants, de la race, du sexe, etc.

C'est à cette méthode à présent bien mise au point, c'est à une série de tests employés dans le même esprit que nous avons eu recours pour examiner les enfants à la clinique d'André Collin. Mais, tout d'abord, nous rappelant les objections de Maurice de Fleury à l'égard des tests, nous nous ingénions à poser à l'enfant des questions capables de l'intéresser ou de l'amuser, des questions qui pénètrent son petit domaine intellectuel ; il lui semble ainsi prendre part à notre conversation, plutôt qu'être l'objet d'un examen mental et scolaire. Nous nous mettons aussi soigneusement en garde contre les erreurs dues à la fatigue de l'enfant ; les réponses obtenues n'ont, en effet, de valeur que pendant un temps relativement court, variable d'ailleurs avec chaque sujet. Heuyer conseille de ne pas dépasser une demi-heure. Chez les enfants qui font l'objet de cette thèse, et qui joignent, à leur fatigue mentale, une fatigue générale de tout leur organisme, nos examens ont été souvent plus courts, quitte à être renouvelés à différentes reprises.

Pour apprécier l'intelligence des enfants, leurs qualités de mémoire, d'association, d'imagination,

leur jugement. nous leur posons quelques questions évidemment variables selon leur âge et le milieu dans lequel ils vivent, et nous leur montrons des images, en les priant de les expliquer. Par exemple, nous demandons quelles différences il y a, entre une voiture à cheval et une automobile, un ballon et un aéroplane ; à quoi servent les chemins de fer, à quoi sert l'eau ? Pourquoi on ne mange pas sa soupe avec une fourchette, etc... Puis, nous montrons des images et faisons raconter spontanément à l'enfant ce qu'il voit, ce que font les personnages et les animaux, en graduant la difficulté des exercices selon les réponses déjà obtenues. Nous passons ensuite à l'examen scolaire classique, un peu de calcul, une lecture avec explication du texte, quelques interrogations d'histoire, etc... Au cours de ces dernières épreuves psychologiques et pédagogiques, nous nous attachons tout spécialement à l'étude de l'attention, car nous croyons pouvoir démontrer que, chez les enfants dont nous nous occupons ici, l'attention est, de beaucoup, la fonction psychique la plus atteinte. Les enfants inattentifs répondent tantôt bien, tantôt mal à la même question ; ils sautent des mots en lisant ; le sens des textes et des images est parfois bien compris, d'autres fois, à peine entrevu. Nous avons utilisé le test d'attention d'André Collin, qui consiste à faire reproduire exactement par l'enfant, un geste donné : de la main droite, on frappe trois coups sur la table avec le marteau. à réflexes, on le passe ostensiblement dans la main gauche et on le donne à son voisin.

Nous complétons les résultats ainsi obtenus, par le témoignage des personnes qui s'occupent de l'enfant ou qui vivent avec lui. Nous interrogeons la mère sur les réactions de l'enfant dans le milieu qui lui est habituel. Sait-il s'habiller seul, mettre le couvert, faire une commission, rendre la monnaie ? Nous recherchons avec soin comment joue l'enfant : son jeu spontané traduit, en effet, l'activité originale de son intelligence. Certains sujets, atteints de débilité mentale légère, peuvent apprendre à exécuter un ensemble d'actions assez compliquées, qui masque l'absence réelle de toute activité intellectuelle ; mais le jeu de ces enfants est caractéristique, pauvre d'imagination, sans suite, sans initiative, toujours identique à lui-même, non adapté aux modifications des circonstances extérieures. La mère nous donne encore d'utiles renseignements sur le caractère de l'enfant, son affectivité, parfois sur ses réactions perverses. L'infirmière scolaire nous fournit des indications parallèles à celles de la mère sur la conduite de l'enfant en classe, sur les notes, les places qu'il obtient, sur ses aptitudes particulières. Enfin, nous avons fait demander à plusieurs reprises un certificat du maître d'école, concernant la scolarité et le caractère de l'enfant, et nous nous sommes fait montrer les cahiers et les livrets scolaires.

Notre méthode d'examen est ainsi fondée en partie sur notre observation directe, en partie sur le rapport des parents. Ce dernier moyen d'investigation présente des avantages et des inconvénients.

Il est certainement plus intéressant d'étudier les réactions spontanées de l'enfant dans son milieu habituel, que de lui créer une vie factice dans une maison de santé. Mais les renseignements fournis par la mère sont toujours incomplets, quelquefois même tendancieux. Pour nous mettre en garde contre cette cause d'erreur, nous avons procédé à des interrogatoires aussi complets et aussi précis que possible ; nous les avons répétés, et nous avons confronté les résultats obtenus au cours des examens successifs ; enfin, un dernier moyen de contrôle nous a été donné par les certificats des instituteurs ou des patrons de l'enfant.

CARACTERES DES TROUBLES MENTAUX

LEUR ALLURE PERIODIQUE

Nous nous fondons, pour établir ce travail, sur l'étude de 64 observations recueillies depuis 1915 à la Clinique de Neuropsychiâtrie infantile. En réalité, le nombre des enfants qui présentaient des troubles psychiques d'allure périodique est plus considérable. Mais quelques-uns d'entre eux répondaient à des types cliniques très divers. Nous avons écarté d'autres observations, soit que l'intermittence n'ait pas été absolument nette, soit que les mères, par ignorance, négligence ou inintelligence, n'aient pu nous donner tous les renseignements nécessaires, et que nous n'ayons pu tenir compte de ces observations incomplètes. Enfin, nous nous sommes assurée qu'une

faute grave d'éducation n'était pas à la base de ces modifications du caractère.

Il nous reste donc l'observation de 64 enfants, âgés de 6 à 12 ans en moyenne. D'où viennent-ils ? Pour quelles raisons demande-t-on un examen médical et un traitement ?

Un tiers d'entre eux nous est envoyé par M. le juge Rollet. Personne ne peut plus s'en faire obéir, et on demande la mise en correction paternelle ; ou bien, plus rarement, ils ont commis quelque délit, fugue, vol, qui les a conduits devant le tribunal. Les deux autres tiers nous sont amenés pour leur « état nerveux » ; soit que les parents demandent eux-mêmes la consultation, soit, ce qui est très fréquent, que l'infirmière scolaire ou l'instituteur leur ait conseillé de faire examiner l'élève au point de vue mental. Enfin, sur ces 64 enfants, 6 seulement nous sont conduits pour leur état organique : la mère vient voir le médecin parce que l'état de santé de l'enfant l'inquiète ; les troubles psychiques ont peu ou n'ont pas attiré son attention. Somme toute, c'est presque toujours un examen mental que l'on nous demande (58 fois sur 64).

Qu'a-t-on remarqué d'anormal ? Les parents attirent avant tout notre attention sur les mensonges, les fugues, les vols, dont les petits malades se sont rendus coupables. Beaucoup d'entre eux, en effet, se mettent à mentir effrontément, à prendre des objets, parfois des sommes importantes d'argent ; ils se sauvent de chez eux ; il y en a même deux qui ont essayé de mettre le feu à la maison. Evidemment,

ces réactions entraînent de graves conséquences sociales, puisqu'elles nécessitent la mise en correction paternelle, quelquefois la comparution devant le tribunal d'enfants. Mais nous savons que mensonges, vols, fugues, ne sont qu'un symptôme, une manifestation d'états psychiques très divers ; que des caractères différentiels, très étudiés ces dernières années, permettent de ramener ces délits infantiles aux syndromes de débilité mentale, d'hystérie, de perversions instinctives, etc... ; aussi est-ce l'analyse des autres symptômes psychiques morbides présentés par les enfants qui doit nous fixer sur la valeur mentale de leurs délits.

Etudions donc les troubles psychiques associés que présentent les enfants objets de ce travail ; moins dramatiques aux yeux des parents peut-être, ils sont tout aussi importants au point de vue symptomatique. Un rapide aperçu sur un premier groupe d'observations nous montre que ces enfants, tout en continuant à peu près à mener leur vie habituelle, font montre d'une agitation et d'une excitation qui dépassent très notablement les variations d'humeur assez fréquentes dans l'enfance. Par périodes, disent les mères, ces enfants, d'intelligence et de caractère normaux jusque là, deviennent « nerveux » ; ils sont impatients, agacés par tout et par rien, trépignent quand on ne les satisfait pas immédiatement ; ils sont insolents avec leurs parents ou avec le maître d'école ; beaucoup d'entre eux ont des colères violentes, pendant lesquelles « l'enfant ne se connaît plus » ; ils sont désobéissants, indisciplinés,

ils mentent souvent, « on ne peut rien en faire », « ils ne craignent plus personne ». Ils deviennent taquins, turbulents, on ne peut les « tenir en place », ils « se dérangent tout le temps » ; plusieurs ne peuvent rester assis et mangent debout. Jean N., dix ans, met le couvert en chantant et en dansant ; il s'habille en sautant à cloche-pied ; on le trouve devant une glace « faisant de grands gestes comme un acteur ». Ces enfants font des grimaces, ont des tics multiples et variables, ils s'agitent, gambadent. Paul V., dix ans, se met subitement à courir, marche sur ses jouets, se jette dans les bras de quelqu'un qu'il n'a pas vu sur son passage. Ils ont toujours « mille idées dans la tête », mais sans aucune suite, « ils ne se tiennent à aucun jeu » ; le cinéma même ne fixe pas toujours leur attention ; « il est comme fou », nous a-t-on dit souvent. André G., quatorze ans, habituellement raisonnable, fait de mauvaises farces, asperge le réfectoire avec du bouillon ; il quitte l'apprentissage, où il refuse d'aller s'enfermer, comme déjà il quittait l'école à chaque période d'agitation ; il ne pense plus qu'à courir après les chevaux.

Un degré de plus, et ces enfants font des fugues et commettent des vols. Les nuits sont mauvaises, les enfants s'endorment tard, difficilement. Simone P., dix ans, pleure et supplie pendant une demi-heure qu'on ne la mène pas coucher ; enfin elle se laisse faire ; mais elle refuse de rester couverte et s'agite encore pendant une demi-heure. Ils restent quelquefois éveillés plusieurs heures la nuit, sont

agités, réveillent quelqu'un pour ne pas être seuls ; ils ont des cauchemars, parlent tout haut.

A l'école, même état d'excitation. Ces enfants n'apprennent plus rien ; les cahiers sont mal tenus, couverts de taches, la note « mal » est dans toutes les marges ; une mère nous a raconté qu'elle avait dû repasser un cahier trop chiffonné. Ces petits excités ont des crises de fou rire sans motif : « Voilà trois mois qu'il est intenable ; quelquefois il se met à rire un quart d'heure durant, sans savoir pourquoi ; ça le prend à l'école ou chez nous, de la même façon ; on peut taper dessus, il ne s'arrêtera pas. Le maître le dit aussi, il est intrépide, c'est plus fort que lui. » Ils chantent, sautent sur leur banc, jouent mille tours à leurs voisins ; ils dissipent toute la classe et se font renvoyer, avec un certificat comme celui-ci, donné par l'institutrice : « Cette enfant (Odette F, 9 ans), depuis quelque temps surtout, me paraît très nerveuse. Elle rit sottement à une observation, ne tient pas en place, se distrait constamment. Elle ne semble pas se rendre compte qu'elle désobéit. Elle pourrait bien travailler, elle n'est pas méchante et rend service volontiers. » Voici un autre certificat, concernant un petit garçon de 8 ans, remis par Mme Chambet-Chenault, professeur au Lycée Janson-de-Sailly, au Docteur Lyon-Caen, médecin du lycée. Nous le remercions ici de nous l'avoir communiqué, et de nous avoir donné toutes facilités pour examiner l'enfant. « Elève instable, paresseux, inattentif, remuant, brouillon par tempérament. Cependant, à certaines périodes (qui correspondent presque toujours à des périodes de croissance) l'enfant se révèle presque *anormal*. Durant ces périodes

des, tout effort d'attention semble à peu près impossible, l'enfant devient taquin, méchant même, il a des gestes désordonnés inaccoutumés, un *bégayement très accentué*. Encouragements, punitions, récompenses (qu'il appréciait à certains moments), le laissent complètement indifférent. Son *expression de physionomie* même se transforme. Dans une bonne période, cet élève d'intelligence presque moyenne, comprend et peut travailler. Il a une mémoire relativement bonne et s'intéresse particulièrement aux exercices de calcul, qu'il réussit d'ailleurs. L'enfant paraît perfectible, il progresse d'ailleurs, mais ses mauvaises périodes sont assez fréquentes et lui nuisent. »

D'autres enfants nous sont amenés pour l'état de lenteur, d'apathie, de tristesse qu'ils présentent à certains moments. Ils restent assis sans bouger des heures entières ; ils ne répondent pas quand on leur parle. Fernande R., douze ans, se plaint de maux de tête ; à plusieurs reprises, elle est restée quinze jours sans parler : pendant ces périodes, elle est lente, apathique, semble comprendre difficilement, paraît rêver ; elle présente du tremblement, lâche souvent les objets qu'elle tient ; elle est très déprimée. Ils sont abattus, plusieurs s'ennuient partout : « Chez nous, dehors, à l'école, il est taciturne, rien ne le distrait, il n'a qu'un mot : *je m'ennuie* ; il devient menteur. » Ils se mettent à pleurer pour un motif futile, ils s'isolent, quelquefois on les trouve pleurant seuls dans un coin. Georges F., huit ans, est triste depuis quinze jours : il ne

joue plus, n'a plus d'appétit, retire avec sa main ce qu'on lui met dans la bouche, et le jette ; il parle à peine, se plaît seul, s'isole dans un coin ; il pleure facilement ; il a déjà eu une période où il était ainsi, tout triste. Louis L., dix ans, en période de dépression, fait une tentative de suicide à l'occasion d'une remontrance reçue à l'école. Tels enfants, auparavant gais et actifs, pleurent le matin quand ils doivent se lever. Celui-ci reste toute la journée « dans les nuages » ; cet autre « ronchonne tout le temps ». Ils deviennent incapables de tout effort physique ou mental ; ils oublient en route les commissions dont on les a chargés ; ils font des réponses puériles, deviennent « bête », ils ne savent plus jouer, ont « l'air bête par périodes ». Certaines mamans, inquiètes, nous ont dit à plusieurs reprises : « Il devient comme idiot ».

A l'école, ils ne tiennent plus leur rang habituel, passent brusquement de la moyenne aux dernières places ; ils semblent ne plus comprendre, « être abrutis ». Tel enfant de 10 ans ne sait plus faire une addition. Une fillette est signalée par la maîtresse, qui lui trouve « l'air préoccupé ». Celui-ci, âgé de 7 ans, a des périodes de tristesse, d'état craintif d'une dizaine de jours, pendant lesquelles il se rapproche du maître ; à la maison, il ne veut plus voir d'étrangers. On a été obligé de descendre André Z. de 2 classes depuis un mois ; il semble très fatigué mentalement, très lointain ; il perdrait la mémoire ; il s'amuse à déchirer des images ; il dit toute la journée : « Je m'ennuie », pleure sans raison. Il est long à s'endormir le soir, reste éveillé dans la nuit ; il

mange à peine et sa mère l'a trouvé si déprimé qu'elle l'a laissé couché huit jours avant de l'amener à la consultation.

Nous remarquons chez tous ces enfants, comme dans les états d'excitation ou de dépression observés chez l'adulte, une véritable extériorisation du fonds mental latent, refoulé à l'état normal par la volonté, l'éducation, etc... Si la note générale d'agitation reste toujours la même, l'excitation est assez variable suivant chaque individu : Jeanne L., qui a une imagination vive en temps normal, forge de véritables inventions mythomaniaques pendant ses périodes d'excitation, et ment effrontément. Roger V., très affectueux pour les siens, devient inquiet à leur sujet pendant ses phases de dépression : il s'affecte d'une petite plaie à la main de sa sœur, se préoccupe de la situation pécuniaire de ses parents, et fait une tentative de suicide pour ne plus leur être à charge. Plusieurs enfants qui prenaient volontiers quelques sous ou quelque friandise chez eux, ont commis chez des étrangers des vols qui les ont conduits devant le tribunal.

Un certain nombre d'enfants présentent ainsi, les uns toujours des périodes d'agitation, les autres toujours des périodes de tristesse. D'autres enfants ont à la fois des phases d'excitation et de dépression. Tantôt ils passent, en quelques heures, de l'agitation à l'abattement, les crises de pleurs faisant suite à la turbulence et au fou rire, ou, au contraire, l'enfant ne sortant de son apathie que pour faire une colère violente. Tantôt ils restent agités ou apathiques pen-

dant plusieurs jours, puis deviennent ensuite « trop calmes » ou trop exubérants. Beaucoup plus rarement, les enfants ont présenté tantôt des périodes d'agitation, tantôt des périodes de dépression, séparées par des intervalles où ils retrouvent leur état normal. Voici quelques exemples des différentes formes que nous avons observées.

Célestin C..., douze ans, depuis 1 an s'agite, par moments ne peut tenir en place, à d'autres moments reste « comme endormi » dans un coin. Il est triste, et préfère rester seul ; le voilà assis, à pleurer ; il dit qu'il a mal dans le ventre, qu'il est triste car son grand-père est mort ; puis aussitôt il déclare qu'il a envie de danser, et se met à sauter dans la chambre. Quand il fait des grimaces, et qu'on lui en demande la raison, il répond qu'il ne sait pas, qu'il est fou. Très violent pendant ces périodes morbides, il se met dans de grosses colères, jette n'importe quoi à la tête de sa mère ou de son frère.

Marthe D..., douze ans, nous est envoyée par son institutrice. L'enfant lui donnait toute satisfaction jusqu'ici, mais, depuis un mois, elle est très énervée, n'obéit pas ; de plus, « je constate depuis quelque temps, écrit la maîtresse, que son travail est lent, sans effort, et je me fais un scrupule de trop la gronder, car je crains que son mauvais travail ne résulte de sa mauvaise santé. Si cela n'était pas, je serais obligée de me montrer très sévère... » Marthe D., en effet, était l'année dernière la deuxième ou la troisième de sa classe ; le mois dernier, elle était encore première ; ce mois-ci, elle a été classée vingt-sixième. Elle a déjà présenté des périodes anormales analogues.

Philippe M..., dix ans, présente des périodes de tristesse, avec des moments où il est fort agité, le jour et la nuit ; il refuse d'aller à l'école, fait des gestes désordonnés, remue les bras dans l'espace, sans but ; tous les jours, il a de grosses colères : après une réprimande de sa mère, il a cassé la machine à coudre ; une autre fois, il a essayé de mettre le feu.

André B..., douze ans, est depuis un an, par intermittences, tantôt tout à fait agité, tantôt lent, « endormi », au point qu'on l'avait cru arriéré, au cours d'une de ses précédentes

périodes ; en ce moment il fait toutes sortes de sottises ; il se met à mentir ; il est extrêmement agité, ne veut plus aller à l'école, ne veut plus rester à la maison ; il passe ses journées à vagabonder dans la rue ; aucune punition n'a plus d'action sur lui.

Lucienne D... s'est fait renvoyer du Bon-Pasteur : elle tirait la cornette des religieuses, coupait la fourrure d'une de ses camarades, prenait de l'argent dans le sac d'une autre. Actuellement elle présente un accès de dépression, et, depuis quinze jours, ne répond pas quand on lui parle.

Pierre A..., neuf ans, présente depuis un an des modifications du caractère, qui se répètent par périodes. Il est, pendant quelques jours, trop caressant, abattu ; sa scolarité devient mauvaise ; on ne peut lui confier une commission : il oublie en route ce qu'il doit rapporter, ou bien donne l'argent et revient sans l'objet. Puis, pendant quelques jours, il est très emporté : il s'assied dans la cour et fait des contorsions bizarres ; il a des tics, il se ronge les ongles. Tous ces phénomènes disparaissent bientôt et l'enfant revient à la normale.

Pendant ces mêmes périodes, nous avons observé l'apparition, chez beaucoup d'enfants, de tics multiples ; ces phénomènes moteurs se prolongeaient pendant toute la durée de l'intermittence, cessaient et reprenaient avec elle.

Maurice P..., neuf ans, habituellement peu habile dans ses mouvements, devient d'une maladresse particulière pendant les périodes de dépression qu'il présente depuis 4 ans ; il se dandine en marchant, il tombe facilement, casse les objets, s'affale à terre pour jouer.

On remarque à peine, en temps normal, quelques tics chez Louise G..., cinq ans. A chacune des périodes d'excitation dont elle est atteinte depuis 2 ans, les tics habituels s'exagèrent ; il en apparaît de nouveaux.

Simone P... fait, à dix ans, une crise d'excitation mêlée d'abattement, d'une durée d'un mois, pendant laquelle elle se ronge les ongles. Un an après, nouvelle crise identique, et réapparition de l'onychophagie.

En résumé, ces enfants nous sont amenés pour leur état mental. Ils semblent présenter à la fois des troubles du caractère et de l'intelligence. Auparavant normaux, faciles, ils deviennent turbulents, agités, tiqueurs, désobéissants, menteurs ; ou, au contraire, apathiques et lents. Ils présentent sans motif de grosses colères, des fous-rires, des crises de larmes, du mutisme ; ils volent, font des fugues ; leur sommeil est troublé. D'une intelligence normale jusque-là, ils perdent leurs places à l'école, ne savent plus faire une course, ont l'air de ne plus comprendre ce qu'on leur dit, et l'entourage craint un affaiblissement intellectuel.

Or ces troubles surviennent par intermittences, entre lesquelles l'enfant retrouve son intelligence et son caractère antérieurs. Etudions de plus près l'allure périodique des troubles mentaux observés. Nous savons combien il est facile de faire dire à une mère un peu ignorante ou débile intellectuelle, que l'enfant n'est pas toujours le même, qu'il est, à certains moments, plus docile et plus travailleur qu'à d'autres. Les individus les plus normaux sont sujets à de légères modifications de l'humeur. Il est bien entendu que nous ne considérons pas ces oscillations insignifiantes, comme des intermittences psychiques. Les troubles mentaux que nous envisageons sont toujours assez intenses pour amener une réelle perturbation de la vie familiale et scolaire. Pour nous garder de toute cause d'erreur, nous n'avons accepté comme états périodiques que ceux dont nous avons pu faire préciser l'apparition et la dispa-

rition, soit par des dates, soit en nous servant, comme de repères, des faits de la vie courante.

Par exemple, nous voyons Lucien G... une première fois, à 12 ans, pour une période de dépression ; placé dans une entreprise agricole, il en est renvoyé parce qu'il ne « comprend aucun ordre, et reste une journée avec sa pelle, sans bouger ». Cet état de dépression dure 3 semaines ; puis l'enfant est placé à nouveau, et pendant 8 mois on n'a aucun reproche à lui faire ; à cette époque, il revient chez sa mère, qui en est satisfaite. Un an et demi après cette première crise, Lucien G... devient agité, insupportable, et sa mère, ne pouvant s'en faire obéir, le place à nouveau ; on le lui rend parce qu'il est trop difficile ; elle demande la correction paternelle, à l'occasion de laquelle nous voyons l'enfant pour la deuxième fois.

Il est fréquent, d'ailleurs, que l'entourage, d'emblée, attire notre attention sur le caractère périodique des modifications psychiques de l'enfant. Nous relevons, dans certaines observations, ces phrases caractéristiques des parents, dès le début de l'examen : « On dirait que ça le prend par périodes ; il n'est pas toujours ainsi. » « Depuis deux ou trois ans, tous les trois mois à peu près, rien ne va plus : ça lui dure 8 jours, 15 jours ; puis, 3 mois il va mieux ; on le croit assagi, et il recommence. » « Voilà 2 ans, il a fait la même chose : on a cru qu'il devenait idiot ; et puis il est redevenu normal. » « Il y a des moments, un mois, deux mois, où il est gentil, obéissant, il a de bonnes notes à l'école ; et

d'autres, comme maintenant, où vous ne diriez plus le même enfant : on croirait un petit fou. » « C'est par périodes qu'il est abruti ; c'est le maître qui me l'a fait remarquer ». Nous lisons, dans le certificat du Directeur de la pension où Victor G..., 12 ans, a été interné pour ses mensonges, 3 fugues et un vol de 1.000 francs : Je conseille de « surveiller attentivement cet enfant qui, par instants, ne semble pas jouir de la pleine responsabilité de ses actes... La conduite de cet enfant a présenté, durant sa scolarité, des variations qui nous ont semblé anormales ». « Il y a des moments où elle est courageuse, nous dit la mère d'une grande jeune fille de quinze ans, et d'autres fois, pendant huit jours, quinze jours, elle reste là à ne rien faire de la journée, elle ne m'aide pas, elle a l'air abrutie ; dans ces moments-là, elle est répondeuse ». Nous avons même vu une fillette de 11 ans qui nous a dit spontanément : « Cela recommence comme l'an dernier » ; et, en effet, nous l'avions suivie 13 mois auparavant pour des phénomènes identiques de dépression, paresse invincible, etc...

En dépouillant nos observations, nous constatons une grande variété dans la durée des périodes anormales et dans leur fréquence. La moitié des enfants environ, présente 3 ou 4 fois par an, c'est-à-dire tous les 3 ou 4 mois, 8 jours, 10 jours, 15 jours, quelquefois un mois, de troubles psychiques : soit agitation, soit dépression, soit agitation et dépression associées. Ces cas-là sont les plus nets ; la différence entre l'état normal et l'état pathologique

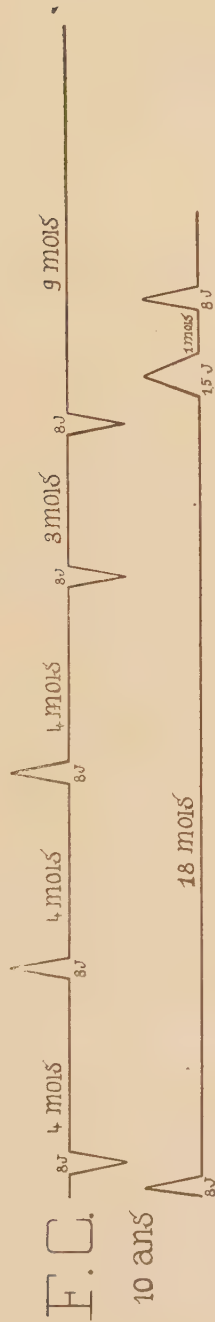
frappe davantage la famille, et il est assez aisé de fixer la date et la durée de l'intermittence. Les autres enfants sont difficiles ou abattus pendant 8 ou 15 jours, reviennent à la normale durant un temps à peu près égal ; ou encore, ils sont bien un mois sur deux. Il est assez rare que l'intermittence psychique dépasse un mois ou 6 semaines, sans rétrocéder, au moins partiellement. Il est plus fréquent qu'elle ne se renouvelle qu'à de longs intervalles, 6 mois, un an, quelques fois plusieurs années, pendant lesquelles l'enfant est absolument normal. Nous joignons ci-contre, à titre d'exemple, 2 graphiques où est mis en évidence l'aspect périodique des phénomènes mentaux.

Les enfants que nous voyons sont généralement malades depuis un an, 2 ans, 3 ans déjà. L'entourage, en effet, attribue longtemps ces troubles psychiques, à un caractère fantasque ou difficile ; on gronde, on punit le petit malade, on le change d'école, et c'est seulement à l'occasion d'une crise plus violente, que les parents pensent à venir « consulter pour la tête », ou demandent la mise en correction paternelle. Dans 2 de nos observations, les enfants avaient des périodes de troubles mentaux depuis quatre et cinq ans ; ils étaient considérés comme arriérés et instables. Trois fois les intermittences psychiques remontaient à quelques mois seulement, et l'intensité des réactions morbides avait décidé les parents à demander un placement ou un examen mental. En résumé, nous pouvons conclure à l'existence d'états périodiques nets, qui surgissent d'une

Représentation schématique

des périodes d'excitation et de dépression

chez deux enfants.



manière épisodique au cours d'un état psychique normal. Ces phases se répètent à quelques années, à quelques mois, à quelques semaines d'intervalle, et ce pendant 2 ou 3 ans, parfois davantage

L'EXAMEN CLINIQUE MENTAL ET NEUROLOGIQUE

Les enfants excités. Les enfants apathiques.

L'intelligence, la scolarité ; les troubles de l'attention.

La débilité motrice.

A l'examen, les enfants se présentent sous deux aspects différents, suivant qu'ils sont excités ou déprimés. Dans le premier cas, ils entrent en regardant de tous côtés, leur mimique est éveillée et changeante ; ils font des grimaces pour marquer leur étonnement ; s'ils sont debout, ils se tiennent de travers sur un pied ou sur l'autre ; assis, ils s'agitent sur leur chaise.

L'un d'entre eux, placé sur un tabouret, remarque que ce siège est monté sur une vis, et le voilà, au milieu de nos questions, qui se met à tourner rapidement avec le tabouret, très amusé par ce jeu nouveau. Il touche à tout sur la table, prend le porte-plume qu'il repose pour attraper un crayon. On écarte de lui les objets qui le distraient : il s'en prend à son cache-nez, en saisit l'extrémité dans ses dents, la mordille et tire dessus : « Laisse ton cache-nez », lui ordonne-t-on. L'enfant regarde ses doigts d'un air piteux, puis les agite un à un, rit et en fait de minuscules marionnettes ; il se lasse vite de ce jeu et regarde les images pendues au mur.

Si l'on demande à ces enfants agités de se déshabiller, dans la hâte de leurs mouvements ils tirent

sur les boutons, sur les nœuds, au lieu de les défaire ; pendant toute la durée de l'examen, ils ne cessent de remuer, regardent ailleurs quand on leur parle. Quand ils répondent à une question, ils sont beaucoup plus occupés d'un buvard qu'ils tâchent de saisir que de la réponse qu'ils donnent. Tous ne présentent d'ailleurs pas, à un premier examen, un état d'agitation aussi accentué ; intimidés, ils paraissent plus calmes ; mais dès qu'ils sont un peu acclimatés et surtout si on leur présente l'examen comme une récréation, un simple jeu, ils reprennent vite leur contenance naturelle.

Les enfants en état de dépression se présentent sous un tout autre aspect. Ils suivent leur mère lentement, s'asseyent sans un mot ou plutôt s'affalent sur la chaise qu'on leur désigne. Les yeux perdus dans le vague, ils ne regardent rien, ne s'intéressent à rien ; ils ont généralement l'air plutôt indifférent que triste ; quelques-uns, cependant, tiennent la tête baissée, dans une véritable attitude d'accablement. Ils semblent étrangers à l'examen. On est obligé de leur poser plusieurs fois la même question pour obtenir une réponse. Ils obéissent passivement aux ordres donnés ; ils se lèvent, marchent, se déshabillent avec lenteur, d'un air distrait ; ils paraissent lointains. Le plus souvent dociles, ils opposent quelquefois une immobilité ou un mutisme absolu à nos questions.

Nous rappelons d'ailleurs que le même enfant peut présenter ces deux aspects différents soit à quelques heures ou à quelques jours d'intervalle,

soit dans ses périodes successives d'intermittences psychiques. Certaines mères insistent sur ce point : « Vous le voyez ainsi, abattu, nous disait l'une d'elles, et il reste quelquefois 2 ou 3 heures assis dans un coin, sans parler, sans rien faire. Puis tout à coup il se lève, saute, court, danse, pousse des cris ; mais il ne joue pas, il s'agite : on dirait une crise de folie ». Nous avons nous-même plusieurs fois constaté ces différences chez le même enfant.

Procédons à l'examen mental. D'une manière générale, les résultats sont comparables chez l'enfant agité et chez l'enfant apathique ; de l'un comme de l'autre, nous avons difficilement une réponse aux questions posées ; dans le premier cas, l'enfant regarde ailleurs, est distrait, s'occupe de mille choses ; dans le second cas, il reste sur sa chaise, le regard au loin, sans mouvement ou exécutant lentement quelque geste machinal, tournant entre ses doigts le bouton de sa veste ou son chapeau. Pourtant, avec un peu de patience, nous obtenons, à notre interrogatoire, un certain nombre de réponses ; au début elles sont inexactes, quelquefois absurdes, et l'enfant se tire d'embarras par des « je ne sais pas », des « parce que c'est comme ça » sans nombre ; mais que l'on insiste, que l'on arrive à fixer un instant son attention ou à le faire sortir de sa torpeur apparente, on obtient une série de réponses intelligentes, des associations nombreuses, des jugements exacts. Mêmes résultats pour l'explication des images ; tantôt l'enfant regarde à peine ce qu'on lui montre et donne une interprétation fantaisiste ; tantôt il s'ap-

plique un instant : le sens est alors parfaitement compris. En voici quelques exemples :

Berthe R..., 8 ans, est dans une période d'excitation ; nous lui demandons « Quel est le plus grand, d'un cheval blanc ou d'un cheval noir ? » Elle répond : « Un cheval noir ». Nous continuons : « Es-tu plus grande quand tu as une robe blanche ou une robe bleue ? » L'enfant rit : « Je suis pareille : le cheval aussi c'est pareil ». — Quelles différences y a-t-il entre un cheval et un poisson ? — Le poisson vit dans l'eau ; le cheval court. — Et puis ? — C'est tout. — Un poisson a donc la même forme qu'un cheval ? — Non, le poisson n'a pas de pattes. — Et puis ? — Je ne sais pas. — Cherche ? — Il a des écailles. — Et puis ? — C'est tout. » L'interrogatoire se poursuit ainsi, l'enfant regardant partout et ne répondant qu'à force d'être ramenée au sujet. Mais avec un peu de patience, on obtient l'énumération d'une bonne somme de caractères différentiels pour une enfant de cet âge : « Le cheval a une crinière ; la queue n'est pas pareille, la tête non plus ; on ferre le cheval ; il tire la voiture ; on mange le poisson ; le poisson est froid, il a des arrêtes », etc. Une fillette de 11 ans, débile intellectuelle, nous a répondu invariablement aux mêmes questions : « Le cheval est plus gros, le poisson est moins gros ; le poisson est plus petit, le cheval est plus gros ». Nous lui demandons alors les différences entre un chat et un chien : « Le chien est plus gros, le chat est plus petit ».

Pierre K..., 10 ans, atteint de troubles psychi-

ques périodiques, quelquefois agité, est très apathique, très lointain, le jour où nous procédons à ce petit interrogatoire : « Tu as déjà vu des ballons et des aéroplanes ; sont-ils pareils ? — Non. — En quoi sont-ils différents ? — Le moteur. — A quoi sert le moteur ? — Je ne sais pas. — Mais si, tu sais. — Non. — Voyons ! — Ça sert à faire marcher l'aéroplane. — Et le ballon, comment avance-t-il ? — L'enfant ne répond pas. — Qu'est-ce qui fait avancer le ballon ? — Je ne sais pas. — Cherche un peu. — Nouveau silence. — Eh bien ? — Le vent. — N'y a-t-il pas aussi des ballons qui ont un moteur ? — Non. — Si ; tu en as vu. — Silence. — Eh bien ? — C'est les dirigeables. — Très bien ; mais puisque les dirigeables ont un moteur, un aéroplane et un dirigeable est-ce la même chose ? — Oui. — C'est la même chose ? — Je ne sais pas. — Fais attention. — Non. — Pourquoi ? — Silence. — Pourquoi ? — Parce que... parce que l'aéro n'a pas d'air dedans ; le dirigeable est plein d'air et il monte facilement et le vent le pousse, et on va où on veut avec le moteur et le gouvernail ». Petit à petit l'enfant semble sortir de sa torpeur. Il nous regarde maintenant quand il répond, son masque impassible s'anime, il fait effort, fronce les sourcils pour chercher. Les réponses sont plus rapides. Il ne s'agit donc pas d'un enfant psychiquement diminué. Car, si les réponses ont été extrêmement lentes (ce petit interrogatoire a duré près de dix minutes), la différence essentielle entre le ballon et l'aéroplane, la progression par le vent ou au moyen du moteur, a été bien

comprise. Nous sommes loin des réponses de l'enfant, débile intellectuel du même âge, qui suivait nos questions avec attention et répondait : « Le ballon est rond. — Et l'aéroplane ? — Il n'est pas rond. — Tous les ballons sont-ils ronds ? n'as-tu pas vu de dirigeables ? — Si ; ils ne sont pas ronds. — Pourtant ce ne sont pas des aéroplanes ; quelle différence y a-t-il entre un dirigeable et un aéroplane ? — L'aéro n'est pas rond. — Qu'est-ce qui fait avancer le ballon ? — C'est l'air. — Et l'aéroplane ? — C'est l'air. — N'y a-t-il pas un moteur ? — Ah ! si. — A quoi sert-il ? — C'est pour mettre dans l'aéro ».

Quand nous demandons aux enfants en période d'excitation ou de dépression : « Pourquoi ne mange-t-on pas sa soupe avec une fourchette ? », ils nous répondent généralement : « Parce qu'on la mange avec une cuiller. — Mais pourquoi la manges-tu avec une cuiller, et pas avec une fourchette ? — Parce que la soupe coulerait au travers ». Nous continuons : « Voici un monsieur qui arrive de Marseille et qui a oublié son mouchoir, que va-t-il faire ? — Il n'a qu'à y retourner ». Mais bientôt l'enfant rit de sa réponse et constate de lui-même : « Ça coûte moins cher d'en acheter un autre à Paris ; Marseille est loin et ce serait plus long que d'aller au Louvre, etc... ». A ces mêmes questions l'enfant débile répond qu'on ne mange pas sa soupe avec une fourchette « parce que c'est défendu — à cause du commissaire — on serait pris par le commissaire » (9 ans) ; que « le monsieur doit retourner à Marseille — il n'a qu'à

prendre le train », et cela indéfiniment, malgré les objections que nous pouvons lui faire.

Passons à l'explication des images : nous montrons souvent, aux enfants que nous avons à examiner, une gravure qui représente deux enfants de même taille, un petit garçon et une fillette, jouant avec un bateau fait d'un sabot. Un enfant normal de 8 à 10 ans nous dit toujours : « Il y a un petit garçon et une petite fille qui jouent avec un bateau. — Est-ce un bateau comme les autres ? — Non, il est fait avec un sabot ». Mais montrons le même dessin à un enfant en période d'excitation ou de dépression : « Que vois-tu ? — Un petit garçon. — Regarde ! — Un petit garçon. — Fais attention ; n'y a-t-il qu'un petit garçon ? — Non ; aussi une petite fille. — Que font-ils ? — Je ne sais pas. — Regarde ! — Je ne sais pas. — Mais tu ne regardes pas. — Le petit garçon tient un bateau. — Est-ce un bateau comme tous les autres ? — Oui. — Regarde bien. — Ah ! non, il est fait dans un sabot ! » Pour obtenir cette simple explication de l'image, d'ailleurs comprise, il nous a fallu poser sept questions, ou, plus exactement, il a fallu rappeler sept fois l'attention dispersée.

Dans ces conditions, le test d'attention d'André Coliin, que nous avons indiqué plus haut, ne peut être que très mal exécuté par le petit sujet : « Regarde bien ce que je fais et fais exactement comme moi », lui dit-on en lui montrant le test. 5 fois, 10 fois de suite, l'enfant recommence sans y parvenir. Nous posons alors cette question : « Combien as-tu

de mains ? — Deux. — Bien, fais ce que je fais ». Immédiatement le marleau est saisi et l'épreuve correctement exécutée : le rapport entre notre question et l'exercice proposé est compris. Nous rappelons que l'enfant de 10 ans normalement attentif, arrive à réaliser ce test à la deuxième ou troisième fois. Le débile intellectuel le recommence indéfiniment, et malgré les questions : « Combien as-tu de mains ? Est-ce que je me sers de mes deux mains ? », n'arrive pas à son exécution correcte.

Nous passons à l'examen scolaire. Le plus souvent ces enfants ont un peu de retard, surtout si leurs états périodiques se répètent à intervalles rapprochés. En général, les choses se présentent de la façon suivante : il s'agit d'un élève qui était dans la moyenne de sa classe avant le début de ses troubles psychiques : 15°, 20° sur 40 ; quelquefois premier ou second. Presque toujours, une chute brusque de son rang (15, 20 places en un mois), indique le début de ses intermittences. Quand la durée des bonnes périodes est assez longue, l'enfant peut regagner son rang entre deux intermittences ; plus souvent il reste en arrière avec des notes variables, suivant son état psychique ; enfin quelques petits malades ne suivent plus la classe depuis plusieurs mois, car on les renvoie de toutes les écoles. Les résultats de l'examen scolaire sont donc, en général, inférieurs aux résultats des épreuves précédentes. Mais les réponses obtenues offrent les mêmes caractères : tantôt inexactes, données trop lentement ou avec précipitation ; tantôt précises, entremêlées de silen-

ces, de « je ne sais pas » ; toujours obtenues avec peine, après plusieurs rappels de l'attention.

En résumé, l'examen des enfants agités, comme celui des petits apathiques, nous amène aux mêmes conclusions : tests d'association et de mémoire, tests de jugement, tests scolaires concordent tous pour mettre en évidence un gros déficit de l'attention, masquant une intelligence normale sur tous les autres points. Du défaut d'attention viennent cette perte de mémoire, cette ignorance apparentes ; de là aussi certaines réflexions « à côté », quand elles ne sont pas absurdes, entremêlées de réponses exactes et intelligentes. Ces enfants justifient pleinement les plaintes des mères, des maîtres d'école : « Il y a des moments où il a l'air d'un idiot, et d'autres où il est comme tout le monde ». « Il résout vite un problème, puis il ne sait pas expliquer par quel moyen il est arrivé à la bonne solution ». Mais leur déficit intellectuel n'est qu'apparent. Jamais nous n'avons trouvé de signe réel d'affaiblissement psychique à nos examens. 5 fois seulement, sur nos 64 observations, nous avons noté de la débilité intellectuelle. Outre que ce chiffre est trop minime pour avoir une signification, nous avons pu facilement dépister des signes de cette débilité dès le jeune âge : elle était donc antérieure aux intermittences psychiques.

Ainsi, voilà des enfants dont l'intelligence est normale, à l'attention près. Mais ils présentent de gros troubles du caractère : sur ce point les rapports des parents sont formels, les faits précis que l'on

nous cite, indéniables. Ces enfants sont, par périodes, d'une gaieté et d'une exubérance anormales, et d'autres fois d'une tristesse, d'une apathie, dont rien ne peut les faire sortir ; par moments, ni parents ni instituteurs ne peuvent les discipliner ; malgré les réprimandes et les corrections qui leur ont été parfois très durement infligées, ils continuent à mentir, à voler, à se sauver de chez eux. Mais ce ne sont pas des pervers : ils sont affectueux en temps normal. Ces intermittences du caractère, sans modifications de l'intelligence, font bien penser au début d'une cyclothymie.

Il nous reste à pratiquer l'examen très important du système nerveux. Nous lui rattachons les recherches anthropométriques et l'étude des stigmates dits de dégénérescence.

On a beaucoup étudié l'anthropométrie des enfants anormaux. Mais « actuellement, dit Heuyer (1), des recherches entreprises sur la dimension et la forme de la tête chez les enfants normaux, les anormaux et chez les jeunes délinquants, on ne peut tirer que des renseignements contradictoires »... « Les mesures de la grande envergure (Lacassagne et Vincent — Baer — Marro — Ferri), du diamètre bi-acromial, du périmètre thoracique (Francotte — Mme Tarnowsky), du poids (Marro — Thompson — Baer), ne permettent actuellement d'établir aucun rapport entre l'anormalité et la délinquance ». Aussi n'avons-nous pas cru nécessaire de

(1) HEUYER. Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Thèse de Paris, 1914.

répéter ces examens chez les enfants que nous étudions. Nous avons noté dans nos observations les stigmates physiques dits de dégénérescence, chaque fois que nous les avons rencontrés, mais sans leur attribuer une grande signification diagnostique et pronostique. Nous les avons d'ailleurs trouvés rarement réunis en nombre appréciable, 5 fois seulement sur 64.

Nous n'avons jamais constaté de signes organiques d'une lésion nerveuse : hémiplegie, troubles cérébelleux, etc...

Nous avons retrouvé souvent des signes de débilite motrice. Nous avons systématiquement recherché, dans tous nos examens, le syndrome décrit par Dupré et Merklen : exagération des réflexes, syncinésie, paratonies, persistance de l'extension de l'orteil physiologique chez le petit enfant ; nous avons tenu compte des laxités ligamentaires exagérées, de la présence anormale des conservations d'attitudes qui doivent disparaître vers 2 ans 8 mois (2), de la durée prolongée de l'énurésie nocturne.

A propos de ce dernier symptôme, nous tenons à dire un mot des différentes sortes d'énurésies nocturnes, bien étudiées par André Collin (3). Il distingue l'énurésie hypogénétique qui n'a jamais cessé, l'énurésie de l'épileptique, qui apparaît une nuit, isolément, pour se répéter à intervalles varia-

(2) ANDRÉ COLLIN. Le développement de l'enfant. Paris 1914.

(3) ANDRÉ COLLIN. Contribution à l'étude de l'énurésie dite essentielle. *Gazette des Hôpitaux*, 1911.

bles ; l'énurésie d'origine digestive, survenant pendant quelques jours de suite, d'une manière intermittente. Même dans ce dernier cas, ce signe doit attirer l'attention sur le système nerveux. En effet (4), « une intoxication d'origine alimentaire, qui se manifeste à la faveur d'une certaine déficience hépatique, exerce ses effets sur un point particulièrement fragile de l'organisme, et ce point est précisément le lieu d'élaboration psychique du contrôle mictionnel. » L'énurésie digestive révèle donc une fragilité spéciale du système nerveux aux toxines, et nous insistons sur ce fait, d'une part à cause de la fréquence avec laquelle nous l'avons retrouvée chez les enfants que nous étudions, d'autre part, en raison, chez eux, de son évolution parallèle à celle des troubles psychiques, comme nous allons le voir bientôt. Nous remarquons en passant, que sur les 6 enfants atteints d'états périodiques qui n'ont pas été amenés à la consultation pour leur état nerveux, 4 sont venus pour une énurésie nocturne d'origine digestive. Ce symptôme avait, en réalité, une double valeur de fragilité hépatique et nerveuse.

Nous n'avons pas cru nécessaire de soumettre les enfants examinés à des tests moteurs spéciaux : enfilage de perles, nœuds faits avec un ruban de longueur donnée, etc. Il nous a semblé qu'en apportant la plus grande attention à la manière dont l'enfant s'habille et se déshabille, exécute les menus actes de la vie courante, on apprécie sa motricité dans une

(4) Noël COJAN. Contribution à la pathogénie de l'énurésie dite essentielle. Thèse de Paris, 1922.

série de petits mouvements précis (lacer un soulier, mettre un bouton dans une boutonnière), de même valeur symptomatique que les exercices proposés dans les tests. Et nous y avons vu l'avantage que l'enfant, ne se sentant pas surveillé, agit sans aucune émotion. Or, chacun sait que l'émotion est un facteur important de maladresse musculaire.

Nous n'avons jamais observé au complet le syndrome de Dupré ; mais constamment, chez des enfants de 8, 10, 13 ans, une fois même de 14 ans, nous avons trouvé associés 2 ou 3 symptômes de débilité motrice.

François G..., 7 ans. Réflexes très vifs ; conservation des attitudes ; laxité ligamentaire considérable ; extension de l'orteil à droite, flexion à gauche ; syncinésies très nettes ; on remarque les mouvements syncinétiques de l'orteil droit en extension et de l'orteil gauche en flexion.

Marthe F..., 10 ans. Réflexes vifs ; grande laxité ligamentaire ; conservation des attitudes.

Maurice A..., 7 ans. Extension bilatérale de l'orteil ; conservation des attitudes.

Marcel M..., 11 ans. Laxité ligamentaire considérable ; extension de l'orteil à gauche, flexion à droite.

André G..., 14 ans. Réflexes très vifs ; conservation des attitudes ; syncinésies généralisées, etc.

Nous relevons ainsi, dans 39 de nos observations, quelques signes associés de débilité motrice. Ce nombre est considérable, puisqu'il représente près des $2/3$ du chiffre total d'enfants que nous avons examinés.

Nous avons recherché avec soin les petits signes de la « constitution émotive », nous rappelant l'importance que lui attribue Dupré (5) dans la genèse de

(5) DUPRÉ. La constitution émotive.

nombreuses affections mentales. Or, chez ces enfants que les parents disent nerveux, nous n'avons observé que 4 fois les signes de la constitution émotive. Nous ne pouvons considérer ces faits que comme une simple coïncidence.

Enfin, les travaux modernes ont démontré l'importance que peut avoir l'insuffisance, même légère, des organes des sens sur le développement psychique de l'enfant. En conséquence, chaque fois que nous avons eu un doute sur l'intégrité d'une des fonctions sensorielles, nous avons demandé l'examen d'un spécialiste. Nous devons dire que, pour ce groupe d'enfants que nous étudions, les résultats se sont toujours montrés négatifs.

Au total, l'examen neurologique de l'enfant est surtout négatif : pas de stigmates dits de dégénérescence, pas de signes organiques de lésion du système nerveux ou des organes des sens, pas de « constitution émotive ». Nous retrouvons cependant une débilité motrice nette dans près des 2/3 de nos observations. Nous verrons plus loin quelle valeur nous devons lui attribuer.

L'EXAMEN SOMATIQUE

La tuberculose. Les troubles digestifs.

Qu'allons-nous constater à l'examen physique du jeune sujet ? Nous nous trouvons le plus souvent en face d'un enfant pâlot, chétif, amaigri, un peu petit pour son âge, présentant une micro-polyadénite gé-

néralisée très accusée. Quelquefois, une peau fine et blanche, une ébauche de cyphose dorsale, plus souvent une pilosité accusée, une circulation collatérale sous-claviculaire font penser à chercher une tuberculose latente. D'autres fois, c'est un gros ventre ballonné qui attire l'attention sur la possibilité de troubles digestifs chroniques. Une fois seulement, nous avons noté des signes d'hypothyroïdie. Le plus souvent, il s'agit d'un enfant malingre, comme on en voit tant dans nos villes, qui « ne pousse pas vite », dit la mère. C'est l'examen méthodique de chacune des grandes fonctions qui révèle l'affection latente.

Éliminons de suite les lésions cardiaques et rénales : nous ne les avons jamais observées.

Au contraire, nous avons trouvé très fréquemment des signes nets d'adénopathie trachéo-bronchique, quelquefois même d'infiltration tuberculeuse d'un sommet. Etant donnée la fréquence des adénopathies trachéo-bronchiques banales chez les enfants de Paris, nous ne leur avons attribué d'importance que si elles joignaient à des signes locaux nets et multiples (circulation collatérale sous-claviculaire, matité para-sternale ou para-manubriale, bronchite hilaire persistante, souffle net, signe de d'Espine, toux quinteuse, radioscopie) (6), des signes généraux témoins d'un retentissement évolutif sur l'état général (fatigue, anorexie, amaigrissement, température prise en série et oscillant pendant des mois entre 37°5 et 38°, sans qu'on puisse invoquer d'autre cause pour

(6) NORÉCOURT. Précis de médecine des enfants.

la produire). Bien que la tuberculose pulmonaire soit moins fréquente chez l'enfant, nous nous sommes aussi soigneusement mis en garde contre les matités banales ou les simples modifications du murmure vésiculaire et surtout contre l'exagération des bruits due à une masse d'adénopathies hilaires. Nous nous sommes fondés, pour l'examen local, sur l'enseignement du Docteur Sabourin (7), de Durtol, à la mémoire duquel nous tenons à rendre un hommage reconnaissant. Nous avons aussi attaché une grande importance au signe du sous-épineux (8), que nous n'avons jamais trouvé en défaut. Comme pour les adénopathies trachéo-bronchiques, nous n'avons attribué de la valeur aux signes locaux de tuberculose pulmonaire que s'ils s'accompagnaient de symptômes généraux. Or, nous avons trouvé réunis, dans les $\frac{2}{3}$ de nos observations, ces signes locaux et généraux d'adénopathie trachéo-bronchique ou de tuberculose pulmonaire. Nous n'avons pas fait de cuti-réaction puisque nous examinions des petits Parisiens d'âge scolaire (9 et 10).

Nous avons souvent relevé, à l'examen, de grosses fautes alimentaires ayant provoqué des désordres chroniques de l'appareil digestif. Le relèvement rapide de l'état général de l'enfant

(7) SABOURIN. Quelques points de repère pour l'auscultation des tuberculeux. *Paris-Médical*, 1918.

(8) GÉNILLIER Pierre. Le signe du sous-épineux dans la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1919.

(9) MIOCHE Germaine. Etude sur la cuti-réaction à la tuberculine dans l'enfance. Thèse de Paris 1919.

(10) PATTE Andrée. De la cuti-réaction à la tuberculine. Thèse de Paris, 1919.

sous l'influence d'un régime sévère nous a montré que ces troubles dyspeptiques étaient bien la cause de la déchéance organique. A côté des petits signes classiques de mauvais état digestif (modification de l'appétit, haleine forte, langue saburrale, éructations, hoquets et vomissements, coliques, constipation ou diarrhée, selles fétides hyper ou hypocolorées, clapotage, abdomen ballonné et sonore, foie trop petit ou trop gros, etc...), nous avons attaché une grosse valeur clinique à l'énurésie nocturne s'installant pendant quelques jours. Noël Cojan (11) vient encore d'en démontrer l'origine digestive, déjà établie par la clinique (12), par des épreuves de laboratoire qui ont toujours mis en évidence l'insuffisance hépatique. Au total, nous avons retrouvé des troubles digestifs chroniques méconnus avec retentissement sur l'état général, dans 1/3 de nos observations. En fait, nous les avons rencontrés plus souvent, mais ils étaient alors associés à la tuberculose (7 fois). Nous ne discuterons pas la question de savoir s'ils étaient primitifs ou secondaires à l'infection : dans l'un et l'autre cas, ils ajoutent un appoint toxique à l'intoxication tuberculeuse, dans l'un et l'autre cas, le régime les améliore. Nous avons classé ces enfants tuberculeux atteints de troubles digestifs, dans le groupe des tuberculeux, et non parmi les digestifs, le rôle de l'intoxication tuberculeuse nous

(11) Noël COJAN. Loco citato.

(12) GOURVITCH-SCHMERLING. La forme digestive de l'énurésie. Thèse de Paris, 1912.

ayant toujours semblé plus important que le rôle des poisons digestifs (13).

En résumé, l'étude des signes locaux et généraux retrouvés au cours d'examens répétés, nous permet d'affirmer la présence, chez les 64 enfants objets de cette thèse, d'une intoxication d'origine tuberculeuse ou digestive, jouant un rôle important dans l'état de déchéance organique qu'ils présentent.

(13) JEANNERET (de Lausanne). Les troubles digestifs de l'enfant tuberculeux. Archives de médecine des enfants, 1916.

EVOLUTION PARALLELE DES SYNDROMES

ORGANIQUE ET PSYCHIQUE

Ces enfants furent traités pour leurs troubles digestifs à la Consultation ; on a soigné leur tuberculose, soit à la campagne ou dans un préventorium, soit à la Consultation, dans les cas, assez fréquents, où ni particuliers ni œuvres de bienfaisance ne voulaient se charger d'eux, en raison des troubles mentaux qu'ils présentaient. Or, à mesure que l'état organique s'améliorait, nous avons eu le plaisir de constater une grosse modification de l'état mental. En présence de ces faits, André Collin a recherché quel rapport pouvait exister entre les troubles psychiques et les troubles somatiques.

Nous avons tâché de préciser, soit par les anamnétiques, soit par l'observation directe, les apparitions et les disparitions des troubles organiques et des troubles psychiques, et recherché dans quelle mesure elles pouvaient concorder. D'une manière presque constante, nous avons pu établir leur début contemporain et leur évolution parallèle. Assez souvent les modifications organiques précèdent légèrement les intermittences psychiques, et persistent un peu plus longtemps qu'elles.

Nous prenons, dans nos observations, ces quel-

ques exemples de parallélisme entre les évolutions organiques et psychiques.

Marcel B..., 10 ans, jusque là bel enfant, a eu la coqueluche il y a 2 ans ; il ne s'est jamais bien remis ; il est maigre depuis, son état général est médiocre ; il présente des signes très nets d'adénopathie trachéo-bronchique, que nous croyons pouvoir rattacher à la coqueluche ; or, les troubles psychiques pour lesquels on amène l'enfant sont apparus après cette coqueluche.

Jeanne B... a eu à 9 ans une poussée de ganglions cervicaux, accompagnée de paroxysmes d'excitation tels, qu'on n'a pu la garder à Berck ; actuellement, à quinze ans, elle présente une poussée ganglionnaire récente, et depuis quinze jours est à nouveau intraitable, a quitté sa place sans raison, a fait une fugue de quarante-huit heures.

La maman de André D..., 9 ans, se plaint de l'état nerveux de son fils, état qui remonte à une rougeole dont l'enfant a été atteint il y a deux ans ; depuis il est maigre, a les yeux cernés ; il vient de passer trois mois dans un préventorium, pour adénopathie trachéo-bronchique.

Pierre A..., neuf ans, présentait depuis un an des intermittences psychiques très accusées ; l'examen révèle de l'adénopathie trachéo-bronchique, la température habituelle oscille autour de 38°, l'état général est mauvais. Sous l'influence du repos et d'une bonne hygiène, l'enfant se remet très vite ; en moins de trois mois il engraisse, la fièvre disparaît et l'état psychique revient à la normale.

Roger B..., sept ans, est amené à la consultation pour agitation, turbulence par intermittences depuis deux ans. Nous lui trouvons une adénopathie trachéo-bronchique évolutive : le début des symptômes pulmonaires remonterait à deux ans. L'enfant ne peut quitter Paris, et nous le suivons pendant un an ; durant les six premiers mois, les périodes d'excitation sont moins intenses, mais l'enfant est encore anormal ; au cours des deux mois suivants, l'état général fait de grands progrès, les pupilles sont moins dilatées, l'appétit est meilleur ; on note une augmentation de poids de deux kilos, une atténuation des signes stéthoscopiques ; les intermittences psychiques disparaissent. Pendant quatre mois encore nous suivons l'enfant,

dont l'état organique et mental ne présente plus rien d'anormal.

René C..., 9 ans. L'enfant est amené, en juin 1916, pour des périodes alternatives de calme et d'agitation très accusées sur lesquelles la mère attire, dès l'abord, notre attention ; le directeur de l'école les a également remarquées. Il a ainsi dans l'année, 8 ou 10 crises d'excitation, durant environ 10 à 15 jours. A la maison, il se montre impatient, trépigne, ne veut pas attendre ; il ronge ses ongles ; ses nuits sont agitées. A l'école, il est turbulent et son travail est insuffisant. Ces modifications du caractère sont assez nettes et assez intenses pour décider la mère à venir demander si l'enfant « n'est pas malade de la tête ».

Examen : enfant pâle, malingre, petit pour son âge. Micropolyadénites. Réflexes très vifs ; double flexion plantaire ; laxité ligamentaire prononcée ; pas de conservation des attitudes ; pas de syncinésies. Grosse adénopathie trachéo-bronchique. Intelligence et affectivité normales. Onychophagie.

L'enfant est mis au repos, à l'arsenic et on l'envoie à la campagne. Jusqu'en octobre, il ne présente plus d'intermittence très intense, mais seulement quelques périodes d'une dizaine de jours pendant lesquelles il est « plus agité et moins actif », selon l'expression de la mère. Il revient à Paris et, bientôt après, le 12 octobre 1916, il fait une période d'excitation typique qui dure 15 jours. On soumet l'enfant aux injections de sels d'hydrargyre. Nous le revoyons tous les 2 mois. Il se développe rapidement ; il a meilleur appétit, engraisse, se transforme ; les signes stéthoscopiques s'atténuent, puis disparaissent ; les intermittences du caractère diminuent vite d'intensité, pour cesser tout à fait ; l'enfant reste calme, il rattrape son retard à l'école, sait fixer son attention ; son esprit s'ouvre, dit la mère. En mai 1917, après 11 mois de traitement, l'enfant est complètement guéri. Nous l'avons revu en avril 1923 ; intelligence et caractère normaux.

Nous avons suivi pendant 4 ans 1/2 un enfant dont la tuberculose évolutive n'a pu être enrayerée. Pendant plus d'un an, on n'a pu obtenir d'amélioration chez lui. Puis, l'état général se relève, et pendant deux ans les intermittences psychiques cessent.

Nous les voyons réapparaître et se répéter, un mois après une rechute pulmonaire.

Gaston D..., 7 ans, nous est amené par sa mère, pour des périodes d'excitation ou de dépression avec colères violentes ; elles se répètent environ tous les trois mois, et durent une dizaine de jours. A la campagne, l'enfant est calme. Depuis un an, il ne va pas à l'école, à cause de sa « faiblesse » ; il présente, en effet, un très mauvais état général, un gros amaigrissement, une adénopathie trachéo-bronchique nette, avec poussées fébriles. La température est prise tous les soirs pendant plusieurs mois. Le tracé est assez irrégulier : nous remarquons cependant que les mauvaises périodes mentales apparaissent toujours à des moments où la température est élevée.

Le 1^{er} juillet 1915, dépression considérable, qui cède au bout d'une huitaine. Pendant quatre mois, jusqu'en novembre, l'enfant est calme ; puis, le 18 novembre 1915, il commence une période d'excitation de 10 jours ; il est calme à nouveau pendant quatre mois, puis nouvelle période d'excitation avec fièvre, sueurs profuses ; quatre mois encore se passent ; le 29 juillet 1916, nouvelle période : Gaston est triste, s'ennuie partout, veut toujours marcher, aller et venir, ne peut rester en place. Il se calme bientôt, mais le 30 octobre, il recommence encore une intermittence : il est très énervé, dort à peine. Puis l'état général se relève, l'enfant prend du poids : 700 grammes en deux mois, 500 grammes le mois suivant ; et jusqu'en juillet 1917, pendant 9 mois, on ne note aucun trouble psychique. La mère trouve son fils très bien à tous points de vue. Le 12 juillet, nouvelle période d'excitation, mais moins intense : l'enfant est seulement plus énervé que d'habitude. Pendant un an et demi, nous le revoyons tous les 3 ou 4 mois ; l'état général se maintient, le poids est stationnaire, le caractère est normal. Le 15 décembre 1919, l'enfant vient avec un point de côté ; gros râles de bronchite à l'auscultation. Le 2 janvier, on nous l'amène pour une période d'excitation : caractère très irritable, colères ; l'enfant tousse beaucoup, maigrit ; l'état pulmonaire est mauvais. Le 26 janvier 1920, le petit malade est très abattu, il se plaint de céphalée, de courbatures ; malgré son état de fatigue il est extrêmement agité, ne dort pas la nuit. Il a beaucoup maigri. Nous n'avons pu savoir ce qu'il était devenu.

En résumé, nous constatons un début contemporain de la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire et des intermittences psychiques ; une évolution parallèle des syndromes organique et mental ; une amélioration des troubles psychiques en même temps que l'état général se relève et que les signes stéthoscopiques se modifient ; une guérison définitive ou temporaire, et, dans ce cas, une rechute parallèle de la tuberculose viscérale et de l'état mental ; tous ces faits prouvent qu'il n'y a pas seulement coïncidence, mais qu'il existe un rapport étroit entre ces deux ordres de symptômes somatiques et psychiques.

Etudions les observations qui concernent les enfants atteints de troubles digestifs et d'états périodiques ; nous allons retrouver la même évolution parallèle :

Alphonse H..., 12 ans, présente depuis 3 ans des périodes d'abattement mêlées d'agitation, qui durent 5 à 6 jours et qui se renouvellent 3 ou 4 fois par an. Pendant ces périodes, il ne mange pas, urine au lit toutes les nuits, a de la diarrhée et des gaz abondamment.

A plusieurs reprises, Victor G..., 12 ans, s'est montré très agité pendant une huitaine de jours, a volé et fait des fugues. Pendant ces périodes, « il a l'air tout malade et a de la diarrhée. »

François G..., 7 ans, a facilement « de l'entérite » ; on l'amène pour des colères, une grande dépression, des crises de larmes ; il joue rarement ; son sommeil est très agité ; à chaque période d'excitation, il a des troubles digestifs, va à la selle 3 ou 4 fois par jour.

Georges B..., 7 ans, nous est montré à cause de son agitation, assez intense pour qu'il refuse de s'asseoir à table et pour qu'il mange debout ; il a une mauvaise scolarité, taquine beaucoup ses camarades par périodes ; il souffre de troubles diges-

tifs qui s'amendent au bout de 2 mois de traitement ; à ce moment, il a bon appétit, il est calme et il a retrouvé son rang à l'école.

Maurice A..., 7 ans, présente des périodes d'agitation extrême, pendant lesquelles « il ne sait quel tour inventer » ; il a été cité au tribunal pour vol. Pendant ces périodes agitées, il a de la diarrhée et urine au lit la nuit.

Marcel L..., 9 ans, est abattu, déprimé dans la journée, très agité la nuit ; pendant ses intermittences psychiques, il ne mange presque pas, et urine très souvent dans la journée.

Renée D..., 15 ans, a depuis 4 ans des troubles digestifs dont le début, assez bruyant, a fait croire à une appendicite ; on a enlevé l'appendice, mais les troubles digestifs n'ont pas cessé ; ils surviennent par périodes bien déterminées et coïncident avec des crises de dépression (lassitude, narcolepsie) mêlées d'excitation, de colère, d'irritabilité. L'enfant s'impatiente, « répond » à sa mère. Entre temps, son caractère est doux et timide. Après 2 mois de traitement, tous ces phénomènes ont disparu.

André G..., 14 ans, présente une périodicité de caractère nette ; chaque nouvelle intermittence s'accompagne de selles fétides.

Hélène D..., 12 ans, est périodiquement agitée pendant environ 10 jours, avec de violentes colères et une mauvaise scolarité ; elle a, par moments, de l'incontinence d'urine, et le père nous dit spontanément : « Les périodes coléreuses correspondent à l'incontinence d'urine ». L'examen révèle un très gros foie, un ventre tympanique. Nous la suivons à la clinique pendant 3 mois. A chaque période d'agitation, l'enfant a des frissons, se plaint d'être glacée ; son appétit devient irrégulier ; les selles sont décolorées, les urines claires, très abondantes et très acides ; énurésie nocturne. Progressivement, les troubles digestifs s'atténuent ; l'enfant n'urine plus au lit ; les périodes de colère sont moins fréquentes.

Jacques P..., 6 ans, a des intermittences psychiques et nous trouvons chez lui de gros troubles digestifs. Il devient tout à fait calme après 2 mois et demi de régime sévère.

Nous avons constaté chez Louise L..., 15 ans, l'apparition de troubles digestifs indiscutables langue saburale, haleine

fièvre, constipation opiniâtre, éruption d'acné, coïncidant avec une grosse excitation psychique, mensonges et fugue. Retour à la normale en une dizaine de jours, grâce à un régime sévère. 3 mois plus tard, mêmes signes digestifs précédant de 2 ou 3 jours la reprise des mensonges et des fugues.

André M..., 9 ans, est amené à la consultation parce qu'« il est resté 2 ans comme idiot » et qu'il présente encore par périodes « des états de bêtise pendant lesquels on ne peut rien en faire ». Jusqu'à l'âge de 4 ans, son développement intellectuel avait été normal. A cet âge, l'enfant est mis en nourrice, d'où il est retiré, à 6 ans, à cause de son mauvais état physique et psychique : arrêt de croissance, rachitisme, gros troubles digestifs, énurésie nocturne, boulimie ; l'enfant mangeait 6 œufs par jour et faisait 9 repas. Torpeur intellectuelle très marquée : André restait des heures entières les bras entre les jambes, sans bouger. Mené à la mer, l'enfant demeurait d'une indifférence complète, ne jouait pas et ne s'intéressait à rien autour de lui. La nuit, il se levait sur son lit, regardait devant lui, les yeux grands ouverts. « L'abrutissement », dit la mère, a diminué dès qu'on a réglé l'alimentation. Actuellement, par périodes, l'enfant « a l'air d'être dans la lune », les troubles mentaux réapparaissent, accompagnés de troubles digestifs. André ne joue pas, ne s'occupe plus à rien, parle à peine, semble endormi ; il n'a pas d'appétit, urine au lit, la nuit.

Nous examinons l'enfant qui a toute l'apparence, l'attitude nonchalante, la lenteur, l'indifférence d'un grand débile apathique. Nous constatons la réalité des signes digestifs incriminés. A l'examen mental, on est étonné de trouver chez cet enfant d'aspect arriéré, une intelligence normale ; la lecture, les réponses scolaires sont satisfaisantes. Avant l'état actuel d'apathie, d'ailleurs, André était 14^e sur 45. Un peu surpris de la grande disproportion entre l'apparence de l'enfant et les réponses obtenues à nos questions, nous procédons à un nouvel examen du sujet 2 jours après. Mêmes constatations. La mère insiste à nouveau sur « l'état de bêtise » intermittent de l'enfant.

Celui-ci est donc soumis à un régime digestif sévère ; 6 semaines après, le 4 mars, la mère trouve son fils mieux à tous égards ; le 5 avril, il est tout à fait normal ; il se développe, travaille bien en classe, s'intéresse à tout autour de lui. Le 25 mai, l'état général est excellent : l'enfant mange et dort

bien ; les symptômes digestifs ont complètement disparu. André est 6^e sur 50, au classement du dernier mois, à l'école.

Il reste 6 semaines sans traitement. La mère nous le ramène en juillet parce qu'il recommence une nouvelle période de dépression ; il a moins d'appétit, urine à nouveau dans son lit ; son ventre est gros et ballonné. Très rapidement, tout rentre dans l'ordre par l'effet de thérapeutique digestive. Nous revoyons l'enfant après les vacances, parfaitement bien à tous égards ; la mère le trouve absolument différent de ce qu'il était auparavant ; il est actif, joue bien, s'amuse à tout, s'intéresse à ses livres.

Ainsi, cet enfant, de l'âge de 4 à 9 ans, a présenté par intermittences des phases d'apathie motrice et intellectuelle très prononcées^e ; on l'a cru idiot pendant 2 ans ; nous l'avons suivi 9 mois ; nous avons assisté à sa première période de dépression avec troubles digestifs ; au bout de 2 mois 1/2 de traitement hépatique, l'enfant est revenu complètement à la normale et il a été parfaitement bien pendant les 2 mois suivants où il a continué son régime strictement ; mais la mère a abandonné ce régime pendant 6 semaines et aussitôt l'enfant a ébauché une nouvelle intermittence avec de nouveaux troubles digestifs, qui cède à un traitement précocement institué. 3 mois encore, nous suivons l'enfant, qui est normal à tous points de vue.

Ainsi, l'analyse des relations qui existent entre les troubles digestifs et les périodes d'excitation ou de dépression nous conduit aux mêmes conclusions que celle des rapports entre ces états périodiques et les poussées tuberculeuses : apparition, évolution, guérison ou rechute contemporaines des altérations organiques et psychiques.



Résumons ce long exposé des symptômes. Nous nous sommes proposé l'étude d'enfants atteints de

troubles mentaux qui surviennent par périodes, d'une façon brusque. Depuis 2 ou 3 ans déjà, ils présentent tantôt des phases d'excitation, tantôt des phases de dépression, tantôt des phases mixtes caractérisées par des alternances d'excitation et de dépression. Leurs réactions sont assez intenses pour que ni parents ni instituteurs ne puissent plus s'en rendre maîtres. En raison de l'incohérence apparente des paroles et des actes chez les enfants excités, de l'apathie intellectuelle des enfants déprimés, l'entourage craint un affaiblissement psychique. L'examen des petits malades fait constater la réalité de l'état d'excitation ou de dépression, mais on est frappé de trouver chez eux une intelligence intacte, masquée par de gros troubles de l'attention. Quelques signes de débilité motrice sont le seul symptôme neurologique anormal qu'ils présentent. Les enfants sont malingres, amaigris ; ils sont tous atteints soit d'une adénopathie trachéo-bronchique, soit d'une dyspepsie chronique, dont il est facile de mettre en évidence le retentissement sur l'état général. Quand on suit l'évolution des petits sujets, d'abord au moyen des anamnétiques portant sur les années précédentes, puis par des examens répétés pendant plusieurs mois, on voit toujours les poussées ganglionnaires ou les troubles dyspeptiques correspondre aux altérations psychiques. On est donc amené à chercher quel rapport lie les uns aux autres les phénomènes organiques et mentaux.

ETIOLOGIE

ROLE DES INTOXICATIONS

Poisons tuberculeux et poisons digestifs

Nous avons donc relevé dans nos 64 observations d'états intermittents psychiques chez les enfants, soit une tuberculose active, dans 2/3 des cas, soit des troubles digestifs survenant par périodes, dans l'autre tiers ; et nous avons suivi l'évolution parallèle de ces deux syndrômes, mental et organique. Comment interpréter ces faits ? Le nombre assez élevé des observations permet d'écarter l'idée d'une simple coïncidence. Cherchons si les troubles psychiques ne sont pas la cause de l'altération de la santé générale, ou, à l'inverse, si la maladie organique ne provoque pas les modifications mentales. Deux ordres d'arguments nous déterminent à admettre cette dernière hypothèse.

Dans bon nombre de nos observations, en effet, notamment dans celles où nous relevons des troubles digestifs, les modifications du caractère surviennent 2 ou 3 jours après le début d'une diarrhée, d'une éruption d'urticaire, d'un petit embarras gas-

trique. Certaine mère, voyant réapparaître l'énurésie nocturne, nous prédisait les crises de colère ; une autre se fondait sur une éruption d'acné au visage, avec fétidité de l'haleine et constipation. C'est, d'autre part, à la suite d'une thérapeutique tantôt digestive, tantôt antituberculeuse, que nous avons vu s'amender et disparaître les troubles psychiques, et non par les effets d'un traitement psychothérapique, d'hydrothérapie, de médications modificatrices du système nerveux. « *Naturam morborum curationes ostendunt* », avait coutume de nous répéter, dans son service, le Professeur Landouzy. Kahn distingue, chez les cyclothymiques, les intermittences dues à la constitution même du sujet, des intermittences provoquées par des intoxications surajoutées : (1) « Ces troubles étaient apparus en même temps que les accidents physiques, et avaient disparu en même temps : ces modifications de l'humeur n'étaient pas alors dues à la cyclothymie, elles étaient fonction d'une intoxication passagère ». De même, Paul-Boncour écrit : (2) « L'évolution des phénomènes morbides démontre bien le rôle actif de l'intoxication : la disparition de celle-ci sous l'influence d'une cure diététique et médicamenteuse est suivie de celle de l'excitation mentale, ou tout au moins de son atténuation. Inversement, la réapparition des symptômes d'intoxication est accompagnée, plus ou moins rapidement, des troubles du caractère et de la mentalité ».

(1) KAHN. Loco citato.

(2) PAUL-BONCOUR. Du rôle des intoxications dans l'instabilité psycho-motrice. Enfance anormale. Février 1912.

Chez les enfants que nous étudions, il n'y a pas d'altérations antérieures du caractère ; les modifications psychiques prennent naissance en même temps ou peu après l'apparition des désordres physiques ; elles évoluent parallèlement, se reproduisent ensemble ; le traitement du seul trouble organique entraîne la guérison du trouble psychique. Tout nous prouve l'étroite relation de cause à effet qui unit l'un à l'autre les deux syndrômes. Par quel mécanisme, les dyspepsies chroniques, la tuberculose, agissent-elles sur la fonction psychique ?

Faut-il admettre le rôle d'une réaction réflexe du système nerveux ? Cette pathogénie a été invoquée, pour expliquer, par exemple, certaines convulsions chez les enfants ou des épilepsies symptomatiques d'helminthiase intestinale. Jacquet, puis ses élèves, ont insisté sur les variations réflexes locales qui reconnaissent pour cause « (3) non seulement les troubles d'organes, mais encore les simples viciations biologiques, sans nul trouble fonctionnel apparent ».

Actuellement on pense plutôt qu'il s'agit de phénomènes toxiques. Les nombreuses expériences entreprises ces années dernières ; les inoculations, dans les laboratoires, de produits toxiques, urines, etc..., de toxines microbiennes, de tissu nerveux pathologique (4) provenant d'individus morts de rage, de diphtérie, etc... ; l'étude pharmacodynamique des

(3) DEBAT. La température de la face. Ses variations sous l'influence des irritations internes et externes. Thèse de Paris 1914.

(4) LAROCHE GUY. Fixation des poisons sur le système nerveux. Thèse de Paris, 1911.

toxiques employés en thérapeutique ; la présence certaine du plomb dans l'encéphale de saturnins ; la localisation élective de certains anesthésiques dans les lipoides cérébraux ; tout conduit à démontrer que c'est l'intoxication du système nerveux qui est en cause. « Les poisons microbiens, écrit Guy Larroche (5), toxine diphtérique, toxine tétanique, les poisons des bacilles tuberculeux, la malléine, les poisons exogènes : strychnine et essences des boissons alcooliques, les poisons de l'anaphylaxie se fixent sur le système nerveux ».

Les mêmes toxines déterminent-elles l'excitation et l'apathie ? Y a-t-il des poisons différents, les uns narcotiques, telle l'urine du jour, les autres convulsivants, telle l'urine de la nuit (6) ? Ou bien n'est-ce qu'une question de doses, le même poison excitant d'abord, inhibant ensuite le système nerveux, comme le font les anesthésiques, la morphine, etc... Ou encore, selon une hypothèse qu'André Collin a souvent émise devant nous à la clinique de la rue de Jouy, s'agit-il d'une localisation du poison en des endroits différents du cerveau ? L'intoxication de l'écorce provoquerait les phénomènes d'excitation, celle des noyaux gris centraux déterminerait les réactions dépressives et somnolentes. A l'appui de cette manière de voir viennent les formes somnolentes de la méningite tuberculeuse du nourrisson, qui atteignent la base, et les formes soporeuses de l'encéphalite léthargique, dont le siège basilaire est prouvé

(5) *Ibidem.*

(6) HÉDON. Précis de physiologie.

par l'apparition secondaire du syndrome de Parkinson; inversement, André Collin a remarqué que les formes d'encéphalite avec excitation étaient beaucoup plus rarement suivies de maladie de Parkinson. Doit-on penser, enfin, que les intoxications agissent par l'intermédiaire du système vago-sympathique ? Tinel et Santenoise, par une série de recherches sur les réactions vago-sympathiques, ont constaté (7) « l'existence, dans les cas de psychose intermittente, d'un véritable cycle du tonus vago-sympathique, superposable au cycle des accès paroxystiques. » Or, ces manifestations vago-sympathiques se retrouvent dans les chocs anaphylactiques ; aussi pensent-ils que « (8) cette notion de susceptibilité anaphylactique et de son cycle évolutif nous permet peut-être de comprendre comment un sujet peut réagir par des manifestations paroxystiques, intermittentes ou périodiques, à une intoxication vraisemblablement permanente. »

En résumé, quel que soit le mécanisme pathogénique de leur production, nous croyons pouvoir attribuer, chez les enfants, ces troubles psychiques d'aspect clinique spécial, rappelant la cyclothymie des adultes, à une intoxication d'origine tuberculeuse ou digestive. Ce n'est pas là un fait isolé. Toute la psychiatrie moderne insiste sur le rôle prépondérant que semblent jouer les intoxications multiples dans l'étiologie.

(7) TINEL, SANTENOISE et LAURENT. Les variations du tonus vago-sympathique au cours de l'érythème sérique et de quelques maladies infectieuses.

(8) TINEL et SANTENOISE. Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie.

logie des psychopathies. Chez les adultes, non seulement nous connaissons les grands syndrômes d'aliénation dus aux toxiques exogènes, les psychoses alcoolique, saturnine, etc..., mais encore on a montré le rôle de l'auto-intoxication dans l'étiologie de la « folie brightique », de la « folie goutteuse », dans les psychoses de la puberté ou de la ménopause (9), les dysthyroïdies, etc... On a signalé les rapports étroits de la folie cyclique avec les diathèses d'auto-intoxication, goutte et arthritisme, diabète, lithiases, urticaire et dermatoses, soit qu'il y ait (10) « alternance, balancement entre la manifestation diathésique et la manifestation cyclothymique », ou bien coexistence, comme dans ce cas si intéressant cité par Féré (11) : « Nous avons connu un goutteux qui avait des accès de dépression hypocondriaque précédant pendant 15 jours les accès articulaires, et cessant avec ces derniers ». Régis (12) écrit, dans le même sens : « Après mûre réflexion, et considérant que ces trois états psychopathiques : *confusion mentale*, *délire onirique*, *démence précoce* sont reliés entre eux par une infinité de caractères communs, en particulier par leur origine probable et par leurs symptômes essentiels, je crois qu'il est permis de voir en eux les diverses modalités cérébrales sous lesquelles se manifestent ordinairement les infections et les intoxications, c'est-à-dire des *psychoses toxiques* susceptibles d'être groupées cliniquement au-

(9) RÉGIS Précis de psychiâtrie.

(10) KAHN: Loco citato.

(11) FÉRÉ. La famille névropathique.

(12) RÉGIS. Loco citato.

tour d'un type fondamental ». Il insiste sur (13) « ce fait que la presque totalité des états morbides qui s'accompagnent de manifestations psychopathiques, sont des états d'intoxication ou d'infection ».

Même orientation des esprits en ce qui concerne les troubles psychiques de l'enfant anormal. Si l'on admet, en effet, que la grosse arriération mentale repose sur un substratum lésionnel anatomique, tous les auteurs distinguent avec soin les *faux anormaux*, les *anormaux transitoires*, par intoxication passagère. Ils insistent sur l'intoxication, quelquefois minime, qui provoque chez les enfants des troubles mentaux. Les rapports des troubles psychiques avec les dysthyroïdies (14) sont devenus classiques ; l'apathie, l'inattention, l'incapacité d'effort des enfants adénoïdiens est bien connue, et il n'est pas de médecin qui n'ait observé le subit développement, à la fois physique et intellectuel, qui suit, dans certains cas, l'ablation des végétations adénoïdes. On a beaucoup étudié l'insuffisance respiratoire dans ses rapports avec la paresse (15). Nathan et Durot insistent sur la variété des troubles organiques, végétations adénoïdes, affections respiratoires, insuffisances thyroïdiennes ou glandulaires plus ou moins frustes, qui provoquent des troubles psychiques (16). « Pensez aux anémies, à ces affections digestives, cardiaques, dont les symptômes, devenus inconscients par leur per-

(13) *Ibidem*.

(14) APERT. Les enfants retardataires, 1902.

(15) NATIER Marcel. Paresse scolaire et gymnastique respiratoire. La médecine scolaire, 1914.

(16) NATHAN et DUROT. Les arriérés scolaires, 1913.

manence, expliquent l'instabilité de l'enfant en même temps que l'ignorance de sa cause de la part des parents même les plus attentifs »... (17) « Ces différentes perturbations, disent-ils encore, qui échappent à la famille et à l'entourage direct, expliquent chez ces écoliers un état de fatigue qui les rend incapables d'une attention, d'un travail soutenus, et compromet ainsi leurs progrès malgré leur intelligence souvent égale à celle de leurs camarades les mieux doués. » A côté des lésions organiques chez les enfants arriérés, Raoul Dupuy (18) rappelle les « troubles fonctionnels de ce cerveau qui respire et se nourrit, et par conséquent assimile et désassimile, et aussi s'intoxique comme un autre organe ». Paul-Boncour insiste sur l'importance des troubles somatiques chez les enfants mentalement anormaux (19) : « Toutes les fonctions digestives, circulatoires, rénales étant scrutées, le médecin découvre de temps en temps l'existence d'intoxications dont le traitement amène l'atténuation ou la disparition de l'érethisme psycho-moteur » ; il incrimine les végétations adénoïdes, les troubles de croissance, les troubles de la puberté, dans la production des faux anormaux scolaires, qui sont légion (20) : « A ce même groupe appartiennent encore les écoliers sujets à des accès transitoires de paresse que rien n'explique et

(17) *Ibidem.*

(18) Raoul DUPUY. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'arriération infantile. Enfance anormale, 1914.

(19) Paul-BONCOUR. *Loco citato.*

(20) Paul-BONCOUR et PHILIPPE. Vrais et faux anormaux scolaires. *Revue pédagogique*, 1914.

qui durent 2 ou 3 mois ; puis aussi ces enfants qui manifestent brusquement, et pour un temps limité, des écarts de caractère, et qui sont alors en classe d'incorrigibles turbulents, contre lesquels échouent tous les moyens disciplinaires »... (21) « qu'on s'adresse au médecin, et on sera généralement fort étonné de la bénignité des altérations qui ont eu sur un organisme en pleine croissance physique et mentale une si fâcheuse répercussion ».

Ainsi, qu'il s'agisse d'adultes, qu'il s'agisse d'enfants, tous les médecins spécialisés s'accordent pour reconnaître l'importance étiologique, dans l'apparition des troubles psychiques, non seulement des grosses intoxications, mais même d'intoxications beaucoup plus légères qui passent inaperçues des parents, que le médecin doit lui-même chercher avec soin. Nous rappelons que sur nos 64 observations, 6 enfants seulement nous ont été envoyés pour leur état somatique, et 58 pour des troubles psychiques que l'on croyait primitifs.

En présence des multiples états pathologiques relevés comme facteurs de modifications psychiques, par des médecins particulièrement versés dans l'étude de l'enfance anormale, nous nous sommes étonnée de n'avoir constamment trouvé que les deux mêmes causes en jeu : tuberculose, troubles digestifs. Pourtant, nous avons toujours recherché avec soin les insuffisances respiratoires, circulatoires, les petits signes d'insuffisance glandulaire : toujours no-

(21) *Ibidem.*

tre examen est resté négatif sur ces points. Ainsi, c'est à l'action des toxines tuberculeuses et digestives que nous devons rapporter les troubles psychiques périodiques que nous avons observés. Leur rôle a-t-il été particulièrement étudié, soit chez les adultes, soit chez les enfants ? Donnent-elles lieu à des syndrômes périodiques ?

Chacun connaît ces neurasthénies apparentes, ces dépressions avec crises de larmes, qui cachent derrière elles un début de tuberculose. Régis, à côté des grands syndrômes toxiques de confusion mentale ou de démence précoce d'origine tuberculeuse, décrit les troubles psychiques élémentaires de la tuberculose. « Chez beaucoup de tuberculeux, dit-il, l'intelligence et le caractère s'affectent plus ou moins. On voit survenir une tendance anormale à l'hypocondrie, à la tristesse, ou, au contraire, à la satisfaction, à l'optimisme, au bien-être, à l'euphorie, comme on l'a dit. Les malades deviennent instables, mobiles à l'excès » (22). De la même façon, à propos des troubles digestifs, Régis pense que (23) « les effets des auto-intoxications gastro-intestinales sur le système nerveux ne consistent pas uniquement en délire et en psychoses. Ils peuvent se traduire par des troubles psychiques purement élémentaires » ; et il cite la torpeur psychique, l'hypocondrie, la céphalée, les vertiges, les accès de tristesse, les troubles du caractère, irritabilité ou dépression, les troubles de la mémoire et de l'attention, les

(22) RÉGIS. *Loco citato*.

(23) RÉGIS. *Ibidem*.

insomnies avec obsessions ou accompagnées d'hallucinations et de cauchemars, etc...

Trouverons-nous décrits, chez les enfants, des troubles psychiques du même ordre, dus aux intoxications tuberculeuses et digestives ? Ireland, cité par Shuttleworth (24), pense que chez la plupart des idiots, « l'histoire individuelle et héréditaire du malade montre que les lésions scrofuleuses constitutionnelles sont la cause principale de leur état mental. » La fréquence et l'importance de l'étiologie tuberculeuse dans la démence précoce, ont été récemment étudiées par Vigouroux et Naudascher (25). Mlle Hollaender (26) dit aussi, à propos d'une démence précoce infantile morte tuberculeuse : « Nous serions plutôt disposés à admettre l'hypothèse d'une intoxication à base tuberculeuse, comme origine de la maladie mentale ». Chez les anormaux scolaires et les délinquants juvéniles (27), « nous avons rencontré plusieurs fois, dit Heuyer, des enfants dont l'état pulmonaire, les signes d'adénopathie trachéo-bronchique, permettaient de laisser soupçonner une tuberculose ganglio-pulmonaire plus ou moins latente ».

Plus souvent, les modifications psychiques élémentaires sont rapportées à des troubles digestifs ;

(24) SHUTTLEWORTH. Les enfants anormaux au point de vue mental. Trad. Ley.

(25) VIGOUROUX et NAUDASCHER. Les infections et les intoxications dans la démence hébéphrénique. Annales de la Société médico-psychologique, 1909.

(26) Mlle HOLLAENDER. Démence précoce infantile. Thèse de Genève, Cahors, 1911.

(27) HEUYER. Loco citato.

on a observé que (28) « les enfants soumis au jeûne rituel du Rhamadan, étaient moins sincères pendant cette période ». Beaucoup d'auteurs, Maurice de Fleury notamment, admettent l'origine digestive des terreurs nocturnes chez l'enfant. Nous trouvons, dans la thèse de Mlle Delporte (29), une belle observation recueillie par Maurice de Fleury : il s'agit d'un enfant de 11 ans, qui présenta pendant deux ans de la paresse, des colères, de la tristesse avec idées de suicide, un sommeil agité avec terreurs. Un traitement digestif fit cesser tous ces symptômes psychiques. Pour un autre enfant, Maurice de Fleury pense qu'il s'agit d'une neurasthénie liée à une intoxication alimentaire. Comby insiste sur la neurasthénie appendiculaire, surtout chez les grands enfants (30) : « Un tel changement de caractère avec tendance à la tristesse, attire l'attention. On verra alors qu'il s'agit de troubles digestifs, et on découvrira l'appendicite chronique en la cherchant avec soin ». Hendrix (31) donne l'observation d'un enfant présentant des crises épileptiformes avec troubles digestifs; on traite l'état digestif, les crises disparaissent; deux ans après, nouvelle série de crises, à nouveau on applique le même traitement, malgré l'absence apparente des troubles digestifs, à nouveau les crises disparaissent,

(28) Marie REYON. Les mensonges de l'enfant normal et pathologique. Thèse de Paris 1920.

(29) Mlle DELPORTE. Les altérations du caractère chez l'enfant. Thèse de Paris, 1902.

(30) COMBY. Appendicite chronique chez les enfants. Archives de médecine des enfants, 1910.

(31) HENDRIX. Crises épileptiques et troubles digestifs. La polyclinique, 1907.

et Hendrix conclut: « Il me paraît probable que les crises épileptiformes dont l'enfant a souffert étaient sous l'influence de troubles digestifs ». Cette observation nous semble particulièrement intéressante en ce qu'elle montre combien peut être léger un trouble organique capable pourtant de provoquer le syndrome nerveux dramatique de crises épileptiformes à répétition. Nous nous rappelons avoir plusieurs fois hésité à admettre le rôle étiologique de troubles digestifs légers, d'une tuberculose ganglionnaire d'apparence banale, et pourtant, comme dans l'observation d'Hendrix, le traitement de l'état organique a fait complètement céder de gros écarts du caractère. A plusieurs reprises, le Docteur Paul-Boncour (32) insiste sur l'importance des troubles dyspeptiques dans la pathologie mentale infantile. Il cite, entre **autres**, l'observation de 3 enfants présentant des troubles digestifs à répétition, accompagnés chaque fois des mêmes symptômes psycho-moteurs que nous avons toujours retrouvés chez les enfants atteints d'intermittences d'origine toxique. Ce nous a été un encouragement, au cours de nos recherches bibliographiques, de pouvoir appuyer la thèse que nous soutenons sur l'opinion de Paul-Boncour. Un autre enfant (33), débile instable, longtemps suivi à l'Ecole Théophile-Roussel, eut à la suite d'un syndrome digestif avec vomissements acétonémiques,

(32) PAUL-BONCOUR. Excitabilité psycho-motrice et troubles digestifs chez l'enfant. Progrès médical 1912.

(33) PAUL-BONCOUR. Asthénie psycho-motrice constitutionnelle infantile. Asthénie et neurasthénie chez l'enfant. Progrès médical, 1913.

une grosse asthénie psycho-motrice à laquelle succéda une période d'excitation : « depuis cette époque, l'enfant a présenté, 2 ou 3 fois par an, soit des crises de dépression ou d'excitation isolées, soit des crises de dépression suivies immédiatement d'excitation... Ce qui est particulier, c'est que les crises d'asthénie ou d'agitation sont toujours précédées de troubles gastriques avec vomissements acétonémiques. Les urines contiennent, quelques jours avant les manifestations psychiques, une quantité considérable d'acétone. Le Professeur Régis, qui a été appelé en consultation pour examiner l'enfant, a conclu que ces réactions psychiques étaient le résultat d'une intoxication, et qu'elles prenaient la forme d'une psychose circulatoire ».

Ainsi, il est bien démontré que chez l'enfant, comme chez l'adulte, les intoxications tuberculeuse ou digestive peuvent donner lieu à des altérations psychiques; en particulier, on a décrit des syndrômes périodiques dus à des toxines d'origine digestive, absolument comparables à ceux que nous avons observés.

Pour nous résumer, nous croyons pouvoir affirmer, en nous fondant sur nos données cliniques, une relation de cause à effet entre les troubles somatiques et les troubles psychiques relevés chez les enfants que nous étudions. Les recherches expérimentales récentes ont démontré l'action et la fixation des toxines sur le système nerveux. Les travaux de la psychiâtrie, depuis vingt ou trente ans, mettent toujours plus en lumière l'importance des causes toxiques

dans les psychoses dites autrefois essentielles ; et ce, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, aussi bien pour les troubles psychiques élémentaires que pour les grands syndrômes. Notamment, la tuberculose, les troubles digestifs plus encore, sont incriminés parmi les nombreuses déficiences organiques qui provoquent chez les enfants des anomalies mentales transitoires. Chez ceux que nous avons observés, il nous semble qu'envisager les troubles du caractère d'allure périodique, d'aspect clinique si voisin de celui de la cyclothymie, comme une manifestation d'intoxication tuberculeuse ou digestive du système nerveux, c'est donner une explication rationnelle des faits observés, et qui répond bien aux conceptions actuelles de la pathologie générale, et aux tendances de la psychiâtrie moderne.

LE TERRAIN

Rôle de l'hérédité. Manifestations de fragilité du système nerveux

Mais les intoxications tuberculeuses ou digestives suffisent-elles à expliquer ces états intermittents ? Le Docteur Paul-Boncour (34) pense que c'est possible, encore qu'exceptionnel : « Je laisse de côté, dit-il, les faits où une intoxication peut conditionner, à elle seule, sans aucune prédisposition de l'enfant, un

(34) PAUL-BONCOUR. Du rôle des intoxications dans l'instabilité psycho-motrice. *Etiologie anormale*, 1912.

état d'instabilité. Ces cas existent, mais ils sont rares. » En réalité, le nombre des enfants qui digèrent mal d'une manière habituelle est considérable, les enfants tuberculeux sont légion dans nos villes. Parmi eux, ceux qui présentent des désordres psychiques forment un très petit groupe. C'est ici qu'intervient la notion de terrain en opposition avec la notion d'intoxication ou d'infection. Une fois de plus, les deux grandes doctrines sont en présence : c'est aux faits de les départager.

Rappelons brièvement l'importance de l'hérédité névropathique, qui a frappé tous les anciens auteurs, et qui reste encore, dans bon nombre de psychoses, l'une des causes les plus nettes et le plus souvent invoquées. Mais l'hérédité similaire n'est pas la seule transmise. En 1888 déjà, Moreau de Tours écrivait (35) : « Les enfants des phtisiques ne deviennent pas tous forcément et fatalement phtisiques : seulement ils ont hérité d'un système nerveux plus impressionnable, d'un appareil pulmonaire plus apte à contracter la maladie ; les causes les plus variées peuvent agir sur eux et produire des effets qu'elles ne produisent pas chez ceux qui n'ont pas reçu ce fatal héritage. »... « Pour nous, un phtisique peut engendrer un névropathe. »... « La phtisie chez les parents peut, en vertu de la loi d'hérédité transformée, disparaître chez les enfants et être remplacée par une affection mentale ou nerveuse. » Il est actuellement admis que toutes les intoxications ou infections des parents peuvent atteindre le système ner-

(35) MOREAU DE TOURS. La Folie chez les enfants.

veux de l'enfant (36). « La septicémie et la toxémie des parents qui n'a pas ou peu intéressé leur système nerveux entièrement myélinisé et bien défendu, exercera son action sur le système nerveux de l'enfant, premier dérivé de l'ectoderme et, de ce fait, spécialement exposé à subir toutes les atteintes. » Les affections contractées par la mère pendant la gestation, les auto-intoxications, enfin les traumatismes obstétricaux, ont aussi un rôle étiologique important (37) : « On peut donc comprendre que certains accidents de la gestation soient capables de déterminer des anormaux non héréditaires, mais congénitaux. Les troubles nerveux si fréquents chez les sujets dont la naissance a été irrégulière, n'ont peut-être pas d'autre origine. » Enfin (38), « faut-il incriminer encore les infections à point de départ digestif ou pulmonaire dans les tout premiers mois qui suivent la naissance ? C'est vraisemblable. »

Ainsi, la cellule nerveuse, très tôt formée et très tard achevée, est plus exposée que toute autre aux multiples atteintes morbides. Nous savons d'ailleurs que le système nerveux a ses sensibilités et ses réactions de défense spéciales, indépendantes des susceptibilités générales de l'organisme dans un grand nombre de cas. Pour citer un exemple classique, rappelons que l'injection intra-rachidienne de sérum est nécessaire dans les méningites, alors que l'injection intra-veineuse suffit pour toutes les autres loca-

(36) André COLLIN. Traité de médecine légale infantile.

(37) FÉRÉ. *Loco citato*.

(38) André COLLIN. Le développement de l'enfant.

lisations microbiennes de l'organisme ; les travaux de Guy Laroche (39) sont venus récemment appuyer ces données cliniques par les données expérimentales. Rien d'étonnant, dans ces conditions, à ce qu'un enfant puisse naître avec un système nerveux sensibilisé par l'hérédité morbide, en dépit de l'intégrité des autres organes.

Pour déterminer donc, la part que nous devons faire à la prédisposition nerveuse spéciale des enfants que nous étudions, nous devons rechercher dans nos observations l'existence de l'hérédité névropathique, les toxi-infections dont souffrirent les parents au moment de la conception, les maladies de la grossesse, les incidents de l'accouchement, enfin les infections des tout premiers mois.

Nous avons fait une enquête soignée sur les affections mentales chez les ascendants. Nous savons combien le témoignage des familles est sujet à caution à cet égard ; un souvenir peut leur échapper, mais, surtout, elles sont très réticentes en ce qui concerne les états d'aliénation mentale. Cependant, après plusieurs examens, quand les parents mis en confiance ont compris qu'il s'agit de l'intérêt de leur enfant, ils fournissent en général des renseignements exacts. Or, sur 64 observations, nous n'avons relevé que 5 fois une hérédité mentale, et encore y avait-il une fois alcoolisme associé. Nous avons donc trouvé : une mère phobique et légèrement débile intellectuelle, une mère internée à Sainte-Anne après une ovariectomie, et d'ailleurs guérie ; une tante ma-

(39) GUY LAROCHE. Loco-citato.

ternelle « soignée pour les nerfs » ; une mère qui aurait eu des phobies pendant la grossesse ; enfin un ménage de forains divorcés pour mauvaise conduite et alcoolisme du père. 9 fois, la mère nous a dit être « nerveuse », mais sans phénomènes de dépression, sans colères, sans avoir eu besoin de soins spéciaux ; une seule fois, on nous a décrit des colères nettement pathologiques, chez un père éthylique. Evidemment, ces 5 cas d'hérédité mentale nette, ces 9 « états nerveux » imprécis des parents ne sont pas à mettre en parallèle avec les lourdes hérédités que l'on relève généralement chez les malades d'asile. Nous pouvons même dire que si nous recherchions les antécédents familiaux d'une soixantaine d'enfants indemnes de toute manifestation névropathique, nous trouverions bien probablement aussi quelques aliénés, et un certain nombre de mères pourraient se dire « nerveuses ». Si donc, dans des cas assez rares (par un sur 10), on peut retrouver l'hérédité mentale pathologique, quelles autres conditions étiologiques allons-nous pouvoir invoquer pour expliquer les périodes mentales anormales constatées chez les 59 autres enfants ?

17 fois nous avons pu relever une tuberculose certaine de l'un des parents au moment de la conception ; 4 fois une hérédité tuberculeuse bilatérale : 1/3 de ces enfants sont donc issus de souche tuberculeuse active. 4 fois seulement on nous a avoué un alcoolisme paternel avéré : ce chiffre est certainement au-dessous de la vérité ; 4 fois encore nous avons retrouvé du paludisme, ou une maladie infec

tieuse ; 2 fois la mère avait présenté de l'albumine pendant la grossesse, une fois une maladie du foie (P), une fois une pneumonie, une fois une appendicite. Enfin, nous n'avons constaté de signes certains de syphilis chez les parents que 3 fois. Mais les fausses-couches répétées dans certaines familles (3 fausses-couches de 3 mois), dans certaines autres le nombre considérable des enfants morts en bas âge sans raison connue (2 enfants sur 4 ; 3 enfants sur 4, etc...), nous font penser que le nombre des syphilis est plus considérable. D'ailleurs, on connaît assez la fréquence des syphilis ignorées ou latentes. Au total, 21 fois hérédité tuberculeuse, 13 fois hérédité toxique ou infectieuse, 3 fois au moins syphilis certaine. 37 enfants sur 64, soit un peu plus de la moitié, présentent une hérédité toxi-infectieuse avérée ; et ce chiffre est au-dessous de la vérité puisque les alcooliques et les syphilitiques sont certainement plus nombreux.

Les incidents de la naissance sont assez rares : 3 prématurés sont venus à 8 mois ; 1 enfant est né en état d'asphyxie à la suite de circulaires du cou ; il y a eu une application de forceps traumatisante ; un enfant né à terme pesait seulement 3 livres (nous n'avons pu relever la cause de cette débilité). Au total, pour 6 enfants seulement la naissance a pu être une cause d'atteinte du système nerveux. Souvent on nous a rapporté l'existence d'une grosse infection de la toute première enfance : 8 fois les nourrissons avaient présenté de gros troubles digestifs, une broncho-pneumonie, une haute température ; 2 enfants

auraient eu une « attaque de méningite » (?) ; enfin 4 des enfants issus de parents tuberculeux ont été atteints, en outre, d'une grave infection des premiers mois, probablement due à leur débilité.

En résumé, nous retrouvons, sur 64 observations :

5 fois, une tare mentale certaine.

37 fois, une hérédité toxi-infectieuse, dont 21 tuberculoses (nous ne tenons compte que des syphilis et de l'alcoolisme avoués par les parents ; le chiffre réel est certainement supérieur).

6 fois, des incidents de la naissance.

10 fois, une grave infection de la première enfance.

Nous croyons pouvoir éliminer, dans la genèse de ces troubles, le rôle de l'hérédité mentale similaire ; et attribuer toute l'importance étiologique aux infections et aux intoxications, le plus souvent héréditairement transmises, mais aussi quelquefois acquises par le nourrisson. Les prématurés, les enfants débiles doivent rentrer dans ce même groupe : leur prématuration même et leur débilité doivent être considérées comme la première manifestation de cette toxi-infection héréditaire.

Il reste 6 enfants, chez lesquels nous n'avons pu retrouver de cause héréditaire, ou d'infection précocement acquise. Il est quelquefois difficile à la mère d'un enfant de 7 à 12 ans de se rappeler les incidents pathologiques qui ont précédé la naissance. S'agissait-il d'une syphilis ignorée, d'alcoolisme ? On

peut cependant admettre, chez les 6 enfants, l'existence d'une toxi-infection héréditaire du fait qu'ils ont tous présenté un développement dysharmonique de leur première enfance, témoin de la souffrance précoce de leur système nerveux. Telle est, à ce sujet, l'opinion d'André Collin (40), et nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter à ses travaux sur l'étude de la fragilité cérébro-spinale (41). « Cette débilité cérébro-méningée, dit-il, résultat d'une hérédité toxi-infectieuse, se décèle toujours par 3 ordres de symptômes :

1° Par des anomalies de développement dans le temps ;

2° Par des réactions nerveuses au cours des premiers mois ou des premières années ;

3° Par des susceptibilités nerveuses spéciales chez les collatéraux. »

Nous croyons pouvoir démontrer que les intermittences psychiques d'origine toxique naissent sur ce terrain spécial de fragilité cérébro-spinale. Recherchons, en effet, dans nos observations, si nous constatons des troubles dans l'établissement des grandes fonctions, apparition des dents, marche, parole, disparition de l'énurésie nocturne, ou un retard dans le démembrement du syndrome psychoneuro-musculaire normal (42), se traduisant à l'examen par des signes de débilité motrice persistante. Nous avons relevé 48 fois sur 64, des troubles nets du

(40) André COLLIN. Traité de médecine légale infantile.

(41) André COLLIN in LESAGE. La méningite tuberculeuse de l'enfant.

(42) André COLLIN. Le syndrome infantile normal, psychoneuro-musculaire. Thèse de Paris, 1912.

développement dans les premières années. Nous prenons comme moyennes (43) l'éruption des premières dents à 6 mois; l'enfant doit faire ses premiers pas, dire ses premiers mots, vers un an ; être propre avant 3 ans. Nous n'attachons d'importance qu'à un écart de plus de 2 ou 3 mois, portant sur plusieurs des fonctions. Nous donnons ici quelques exemples pour fixer les idées:

	1 ^{re} Dent	1 ^{ers} mots.	1 ^{ers} pas	Cessation de l'énurésie nocturne
	—	—	—	—
M. F.	Après 1 an	A 9 mois parlait bien à 1 an	A 22 mois	5 ans
A. O.	11 mois	3 ans	3 ans	18 mois
M. G.	20 mois	13 mois	16 mois	2 ans
M. M.	4 mois $\frac{1}{2}$	2 ans $\frac{1}{2}$	13 mois	2 ans $\frac{1}{2}$
T. Ch.	6 mois	9 mois	9 mois	3 ans

Nous rappelons que, parallèlement à ces troubles du développement de la première enfance, nous avons noté, dans plus de la moitié de nos observations, à l'examen d'enfants de 6 à 12 et même 14 ans, des signes persistants de débilité motrice (syncinésies, réflexe de l'orteil en extension, etc...) qui devaient normalement disparaître vers l'âge de 3 ans.

Quelles réactions nerveuses des premiers mois ou des premières années allons-nous retrouver, dans nos observations ; avec quelle fréquence ? 10 enfants ont présenté des délires fébriles pour la moindre infection et des terreurs nocturnes. Or, dit Féré (44),

(43) *Ibidem.*

(44) FÉRÉ. *Loco citato.*

« il n'est pas jusqu'aux délires d'origine infectieuse ou toxique qui ne se développent que sur un terrain préparé ». 7 autres enfants ont eu, à plusieurs reprises, des convulsions ; 3 fois on nous a parlé d'une méningite (?). Nous résumons ci-dessous 2 observations, à titre d'exemple.

Gaston M..., âgé de 7 ans, est amené parce qu'il présente depuis 2 ans, des états périodiques d'excitation pendant lesquels il est très agité, se lève de table, ment à tout propos, etc... Entre temps, caractère doux et obéissant. Signes physiques assez discrets d'adénopathie trachéo-bronchique, mais gros retentissement sur l'état général, qui serait ainsi mauvais depuis 2 ans. Père bien portant, mère morte de tuberculose, était déjà malade avant la naissance de l'enfant. Gaston est né à terme ; congestion pulmonaire à 5 mois, broncho-pneumonie à 18 mois, rougeole et nouvelle broncho-pneumonie à 21 mois. Développement anormal : a parlé très tôt ; première dent à neuf mois ; a marché à 14 mois ; a uriné au lit jusqu'à 6 ans. Double extension de l'orteil ; réflexes tendineux très vifs. Pas de convulsions, mais à chaque poussée fébrile, l'enfant était très agité, délirait, marmottait tout seul, avait l'air hébété et ne répondait pas quand on lui parlait.

Nous croyons intéressant de noter que sa sœur, âgée de 9 ans, dont la petite enfance n'a été troublée par aucune manifestation de fragilité cérébro-spinale, ne présente pas d'état périodique. Et cependant, elle est atteinte d'une tuberculose beaucoup plus grave que celle de son frère.

Louis F... a 9 ans $\frac{1}{2}$; né à terme ; première dent à 8 mois ; premiers pas à 17 mois ; premiers mots à 18 mois ; a été propre de bonne heure. Hypotonie musculaire très marquée, réflexes vifs. A l'âge de trois ans et pendant plusieurs années, l'enfant avait du délire à chaque petite infection fébrile ; il se levait la nuit, poussait des cris, appelait sa mère. Actuellement il présente des intermittences du caractère typiques : prostration, « s'ennuie partout », mensonges, scolarité déplorable, bégayement pendant les états périodiques. Tuberculose évolutive très nette.

Nous avons suivi, chez une fillette de 6 ans $\frac{1}{2}$,

la succession des terreurs et délires nocturnes et des intermittences psychiques ; voici son observation :

Georgette C... est amenée pour des modifications brusques du caractère. Père, biscuitier, sobre, bien portant. La mère est morte de diabète avec albuminurie (3) portant. La mère est morte de diabète avec albuminurie (3). Mauvaise grossesse ; crise d'appendicite au 3^e mois ; on aurait parlé de provoquer un avortement médical. Accouchement difficile ; bien que née à terme, l'enfant pesait 5 livres. Nourrie au sein ; 1^{re} crise de troubles digestifs à 3 mois, qui s'est répétée tous les 3 mois environ, jusqu'à un an ; 1^{re} dent à 7 mois ; 1^{ers} mots très tôt ; 1^{ers} pas à 9 mois ; l'enfant était propre à 8 mois. Pas de convulsions. Pas de rachitisme, ni de troubles digestifs après un an. A 3 ans, l'enfant eut peur des Gothas : elle se levait de son lit, tremblait, devenait « glacée », et présentait des réactions assez intenses pour qu'un médecin fût appelé. Puis l'enfant revint à un état nerveux absolument normal jusqu'à l'âge de 5 ans.

Depuis 1 an 1/2, après une grippe (3), tous les 2 ou 3 mois environ, l'enfant se met à tousser par quintes fréquentes ; elle a de la fièvre, réclame sans cesse à boire pendant 2 ou 3 jours ; la nuit elle a des cauchemars, voit remuer sur son lit, a peur, se lève et crie^e ; elle appelle sa tante, qu'elle ne reconnaît pas ; les yeux sont hagards, l'enfant grelotte, claque des dents, est glacée ; au bout de quelques minutes, la fillette se calme et se rendort^e ; 2 ou 3 fois dans la même nuit, les terreurs la reprennent. Pendant la quinzaine qui suit, quelquefois davantage, l'enfant reste au lit, abattue, les yeux cernés, sans vouloir manger, sans demander à se lever. L'enfant a présenté en tout 5 crises de cette nature. Mais ce n'est pas pour elles que la tante nous l'amène : c'est « l'état nerveux » actuel de l'enfant qui l'effraie. Depuis 8 jours, il n'y a « pas moyen de la tenir en place » ; elle a des colères avec serremments de poings, elle saute dans la maison, elle est si agitée qu'elle fait à sa tante « l'effet d'une folle »^e ; à d'autres moments, dans la journée, elle reste assise dans un coin, toute triste, sans bouger. La nuit, elle appelle sa tante une ou 2 fois, sans cauchemar ni délire, et reste réveillée 2 ou 3 heures.

Enfant émotive. Au début de l'examen, le pouls est très rapide, l'enfant pâlit, dit avoir mal au cœur ; cela dure 10 mi-

nutes, puis elle reprend sa mine normale. Aspect fatigué, yeux cernés. Intelligence normale ; on nous dit d'ailleurs que Georgette fait bien les commissions, et apprend facilement à l'école. Réflexes très vifs ; double flexion plantaire, grosse hypotonie musculaire, conservation des attitudes manifeste. Langue nette, foie normal^e ; pas de tympanisme abdominal. Rate percutable. Cœur normal. On remarque un certain degré de pilosité du dos ; et une très légère scoliose dorsale. Nombreux ganglions cervicaux qui descendent le long du sterno-cléïdo-mastoïdien et s'étendent jusque dans le triangle sus-claviculaire ; ils sont très petits, durs, et roulent sous le doigt. Micropolyadénite marquée aux aines. Submatité paramanubriale dans les 2 premiers espaces du côté gauche, qui contraste avec la sonorité excellente du côté droit. Léger souffle hilaire gauche ; respiration obscure d'une manière générale.

Nous revoyons l'enfant 15 jours plus tard : elle mange mieux, son sommeil est meilleur, son caractère est redevenu normal ; nous constatons à nouveau une émotivité très marquée, l'enfant a la diarrhée^e ; sa tante spécifie bien que ce sont des réactions passagères dues à l'examen, et que l'enfant a retrouvé son caractère antérieur.

21 jours après, l'enfant nous est ramenée parce qu'elle est de nouveau très agitée ; elle recommence à faire des sauts, elle « semble dans la lune », elle a des cauchemars ; tout ceci coïncide avec de la toux et de l'amaigrissement. A l'auscultation, même symptomatologie à gauche ; on entend à droite un petit souffle hilaire, qui n'existait pas un mois auparavant. Les modifications du caractère persistent pendant 9 jours, puis cèdent complètement. L'enfant part à la campagne. Nous la revoyons 2 mois après, en juillet : l'état général est meilleur, il n'y a plus d'intermittences du caractère. En octobre, la tante nous ramène l'enfant, car pendant les mois d'août et de septembre, elle aurait fait 2 poussées fébriles avec troubles du caractère, analogues aux précédentes. L'auscultation ne s'est pas améliorée, l'état général est médiocre.

Nous avons retrouvé, dans le 1/4 de nos observations environ, des symptômes d'atteinte du système nerveux chez les collatéraux. Nous devons dire que nous avons rarement vu les frères et sœurs et que nous aurions peut-être trouvé davantage d'en-

fants atteints si nous avons pu les examiner. On nous a parlé plusieurs fois d'un frère, quelquefois de 2, morts de méningite tuberculeuse ; une malheureuse mère a perdu 4 enfants de cette même façon, et il ne lui reste plus que celui que nous suivons. Ici, un frère de 4 ans est hémiplégique. Dans une autre famille de 5 enfants, 2 sœurs ont des crises nerveuses dont nous n'avons pu déterminer la nature, un frère est aveugle-né ; dans une autre, il y a une sœur sourde-muette ; dans une autre encore, une petite sœur est restée hémiplégique après des convulsions à 2 ans $1/2$, un frère est atteint de nystagmus congénital. Enfin, 3 fois, nous avons trouvé des crises comitiales typiques chez un frère ou une sœur.

Ainsi, ces enfants qui présenteront plus tard des états périodiques d'origine toxique, sont nés de parents toxi-infectés, ou ont eux-mêmes été victimes d'une toxi-infection précoce, leur système nerveux, particulièrement vulnérable à cet âge de la vie, a souffert et présentera désormais une moindre défense, un état de débilité cérébral, spinal et méningé, dont nous trouvons le témoin dans le développement dysharmonique de l'enfant ; dans la persistance anormale de signes de débilité motrice ; dans la fréquence des réactions nerveuses au cours de la première enfance, convulsions, terreurs nocturnes, réaction méningée ; dans la possibilité enfin d'atteinte du système nerveux chez les collatéraux, qui ont eu à souffrir de la même toxi-infection héréditaire. Voici donc déterminé, dans ses causes et dans ses mani-

festations cliniques, le « terrain » spécial sur lequel vont évoluer les intermittences psychiques que nous avons étudiées au chapitre précédent. Qu'au lieu de l'infection brutale, de la température élevée d'une angine ou d'une broncho-pneumonie, qui aurait provoqué des convulsions ou du délire chez le même enfant plus jeune, vienne une infection ou une intoxication plus atténuée, évoluant par poussées, comme une dyspepsie ou une adénopathie tuberculeuse, et nous verrons le système nerveux traduire sa fragilité par des modifications psychiques d'allure périodique. Le trouble organique est chronique et latent, les troubles du caractère sont bruyants : ils dominent la scène et lui donnent toute l'apparence clinique des manifestations cyclothymiques.

PRONOSTIC & TRAITEMENT

Sauf dans un cas où la tuberculose causale s'est aggravée, nous avons toujours vu guérir de leurs troubles psychiques les enfants que nous avons pu suivre un certain temps : 3 mois, 6 mois, 1 an ; nous avons revu quelques-uns d'entre eux 2 ans, 3 ans et même 7 ans après la guérison de leurs désordres mentaux, et nous n'avons plus rien constaté d'anormal au point de vue psychique. Il ne persiste donc aucune séquelle mentale chez ces enfants ayant présenté des intermittences assez graves pour faire croire à un affaiblissement psychique chez les uns, à de gros troubles du caractère chez les autres, pour compromettre la vie familiale et la vie scolaire et pour provoquer quelquefois même une demande de correction paternelle ou une comparution devant le tribunal d'enfants. Ce n'est donc pas la forme clinique, excitation ou dépression, ce n'est pas l'intensité des troubles psychiques observés, en un mot, ce ne sont pas les symptômes mentaux qui déterminent le pronostic. Et, en effet, il n'y a pas d'hérédité psychiatrique similaire impliquant une forme mentale constitutionnelle : la cause toxique écartée, l'enfant retrouve la valeur intellectuelle, la forme de caractère qui constituait sa petite personnalité en période normale. Le pronostic de la fonction mentale est ex-

cellent. Peut-être doit-on se demander quelle influence pourraient avoir, sur le cerveau de ces enfants, des désordres psychiques très prolongés, du fait d'un état organique pathologique longtemps méconnu ? Peut-on craindre l'établissement d'une psychose cyclique ? Doit-on envisager l'hypothèse d'une « sensibilisation » spéciale du système nerveux aux intoxications, et ce dernier pourrait-il réagir plus tard par des accidents typiques de psychose périodique à des intoxications minimales, cliniquement inappréciables ? Nous ne le croyons pas : la plupart des enfants que nous avons examinés présentaient cet état intermittent depuis deux ou trois ans déjà ; ceux que nous avons pu suivre sont tous progressivement revenus à la normale en moins d'un an.

Mais ces enfants ont une lourde hérédité toxique ou infectieuse ; ce sont des fragiles de la cellule nerveuse ; leur organisme est intoxiqué par les poisons tuberculeux ou digestifs : c'est cette double atteinte nerveuse et organique qui régit tout le pronostic. Nous savons que ces enfants sont particulièrement exposés à toutes les localisations infectieuses ou toxiques sur leur système nerveux. L'étude de leur première enfance nous l'a bien montré ; peut-être faut-il craindre plus pour eux que pour d'autres les accidents de confusion mentale ou les délires toxiques de l'adulte ? L'avenir seul peut nous l'apprendre. Quant au pronostic de la lésion somatique, il est de toute première importance, car c'est elle qui détermine l'apparition des intermittences psychiques d'une part, et, d'autre part, elle atteint directement l'état

général, quelquefois même la vie de l'enfant. Ces derniers faits sont exceptionnels en ce qui concerne les états d'origine digestive : quelles qu'aient été la maigreur, l'apparence souffreteuse de l'enfant porteur des troubles digestifs chroniques, un régime et un traitement appropriés en ont toujours eu raison en quelques mois. Les petits tuberculeux sont plus longs à guérir ; assez souvent les lésions sont discrètes et s'amendent bien, surtout quand l'enfant peut passer 6 mois ou 1 an dans un préventorium. Mais, même chez les sujets très améliorés, il faut redouter les rechutes possibles. Nous en avons observé plusieurs exemples. En résumé, si le pronostic mental est excellent quant aux phénomènes périodiques, puisque l'enfant retrouve intégral son état psychique antérieur, peut-être doit-on faire des réserves sur la possibilité ultérieure d'accidents mentaux d'origine toxique. Contrairement au pronostic mental, le pronostic organique peut être sévère, surtout à certaine échéance, puisque chez les 2/3 des enfants observés nous trouvons une adénopathie trachéo-bronchique, quelquefois une tuberculose pulmonaire évolutive.

Nous ne croyons pas devoir insister beaucoup sur le traitement à mettre en œuvre ; il se déduit logiquement des données étiologiques. A la période d'accès intermittents, on opposera une thérapeutique active : régime alimentaire sévère, modificateurs hépatiques ; ou le traitement classique antituberculeux. Le moins de médicaments possible, notamment ni calmants, ni toniques du système nerveux, qui

sont des toxiques. Cependant, presque tous ces enfants ont été soumis à des injections de sels d'hydrargyre, non pas en raison d'une hérédité spécifique toujours possible, mais parce que André Collin (1) a depuis longtemps remarqué l'influence indéniable du mercure sur les états névropathiques de l'enfance : l'état général se relève rapidement, le petit malade se calme ou sort de son apathie. Ce rôle de l'hydrargyre nous a semblé particulièrement net chez les enfants que nous étudions ici et nous avons recueilli deux observations très intéressantes à cet égard. Ces deux enfants, porteurs de ganglions trachéo-bronchiques, avaient reçu des injections d'arrhénal : une série de douze piqûres pour l'un, deux séries pour l'autre. Pas de modifications de l'état général ni des troubles psychiques ; on remplace l'arrhénal par l'hydrargyre : aussitôt les enfants prennent du poids et les mères, non averties cependant du changement de traitement, nous disent spontanément que l'état mental de l'enfant se modifie rapidement depuis cette dernière série d'injections. Pas d'essai de psychothérapie, ni surtout de rééducation dans les écoles d'anormaux, pas de répétitions comme nous avons vu certains parents en demander. Outre que c'est du temps perdu, il est nuisible d'ajouter à ce cerveau, déjà intoxiqué, une nouvelle intoxication de fatigue.

Les accès intermittents et leur cause digestive ou tuberculeuse guéris, nous ne devons pas oublier que ces troubles psychiques sont nés sur un terrain par-

(1) André COLLIN, *Loco citato*.

ticulier de fragilité cérébro-méningée. Il reste donc à établir une prophylaxie à la fois des troubles digestifs, de la tuberculose et des toxi-infections du système nerveux. A ces trois points de vue, un régime alimentaire substantiel mais peu toxique, sans alcool ni excitants nervins, et la vie au grand air seraient souhaitables pendant de longues années. Il n'y a pas de raison de proscrire un travail scolaire bien réglé, exercice normal de l'activité psychique. Mais il faudra se tenir en garde, quelques années plus tard, contre le surmenage intellectuel des périodes d'examens, et défendre absolument les concours des grandes écoles, si souvent cause de neurasthénie (2) chez les fragiles cérébraux.

(2) Maurice DE FLEURY. Nos enfants au Collège.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Voyons comment se pose le diagnostic. Ce sont les parents qui ont été frappés du changement brusque du caractère de l'enfant; c'est le maître d'école qui remarque une indiscipline ou une apathie anormales; ce sont enfin les œuvres de patronage ou le tribunal qui demandent si le petit délinquant jouit de toutes ses facultés mentales; en somme il s'agit toujours d'un diagnostic psychiâtrique.

L'enfant se présente donc, soit comme un apathique ou un instable renvoyé de l'école, et on croit avoir affaire à une arriération mentale, à des troubles psycho-moteurs, à une déséquilibration constitutionnelle; soit comme un sujet coupable de mensonges, de fugues, de vols, et on pense aussitôt aux trois causes les plus fréquentes de la délinquance juvénile, la débilité intellectuelle, l'hystérie, les perversions instinctives. Or, il ne s'agit de rien de tout cela: l'intelligence de l'enfant est normale, il n'a pas de troubles constitutionnels du caractère, et, à plus forte raison, ce n'est pas un fou moral. Les désordres mentaux sont épisodiques et transitoires. Mais l'enfant est porteur d'une infection ou d'une intoxica-

tion chronique qui peut mettre sa vie en danger ; il présente une fragilité cérébro-spinale spéciale, et est exposé, de ce fait, à toutes les complications nerveuses organiques. On comprend combien il est important qu'un diagnostic bien étayé puisse affirmer, d'une part la bénignité, la curabilité de phénomènes psychiques que l'on aurait pu croire très graves, et mette en lumière, d'autre part, toute l'importance des altérations organiques qui doivent être activement traitées. Sur quel ensemble de symptômes allons-nous donc pouvoir établir un diagnostic précis ?

Rappelons les principaux caractères étiologiques, cliniques, évolutifs qui vont servir de fondement au diagnostic positif. Il y a presque toujours une hérédité toxique ou infectieuse ; plus rarement, l'enfant, né de parents sains, a été lui-même atteint dans les premiers mois, d'une grave infection. Son système nerveux a subi l'influence morbide et acquis désormais une fragilité qui se traduit par des symptômes spéciaux dès la première enfance. Par ailleurs, ces enfants sont intelligents, bien équilibrés, de caractère normal. Mais ils présentent, généralement à l'âge scolaire, sous l'influence d'une cause toxique, digestive ou tuberculeuse, le plus souvent latente, de brusques intermittences psychiques, tantôt avec excitation, turbulence, indiscipline, agitation, tics, fugues, mensonges et vols ; tantôt avec dépression, torpeur intellectuelle, apathie motrice, ennui, tristesse, crises de larmes, plus rarement tentatives de suicide. Ils n'ont pas de perversions ; pas d'affaiblissement intellectuel, mais de gros troubles

de l'attention ; ces états périodiques se prolongent de 8 jours à un mois, rarement davantage ; ils cessent, et l'état psychique revient absolument à la normale ; mais ils se renouvellent, quelquefois presque aussitôt, 8 jours, 15 jours après, plus souvent après plusieurs mois. Ces diverses phases se répètent pendant un an, 2 an, 3 ans et plus. Mais qu'on institue un traitement en rapport avec la cause toxoinfectieuse en jeu, on voit en quelques mois disparaître tous les troubles psychiques en même temps qu'on assiste à un véritable relèvement de l'état général. En voici quelques exemples :

Georges K..., 10 ans 1/2. *Hérédité tuberculeuse. Réaction méningée à 5 mois, retard du développement, débilité motrice. Intermittences psychiques. Tuberculose évolutive. Guérison après un an passé dans un préventorium.*

A. H. : Pas de maladies mentales ou nerveuses connues chez les ascendants. Père bien portant. La mère aurait « perdu un poumon » au moment de la naissance de l'enfant, et tousse toujours depuis ; pas de fausse-couche ; 3 enfants vivants. Grossesse et accouchement normaux.

A. P. : Georges est né à terme ; broncho-pneumonie avec réaction méningée à 5 mois ; 1^{re} dent (?), 1^{ers} pas et 1^{ers} mots à 18 mois seulement.

L'enfant nous est envoyé d'un Dispensaire antituberculeux : le père demandait en effet le départ de son fils à la campagne, ayant remarqué qu'il y était « moins nerveux » qu'à Paris ; au Dispensaire, on trouve une adénopathie trachéo-bronchique et un sommet droit suspect ; mais on demande au Docteur André Collin un avis sur l'état mental de l'enfant avant de se décider à l'admettre. Georges, en effet, présente par périodes, depuis deux ans environ, « des idées bizarres » et des

crises de rire sans motif ; il est instable, ne se tient pas en place, est menteur, taquine ses camarades à l'école où il n'écoute plus le maître ; on ne peut plus lui confier deux commissions à la fois. A plusieurs reprises dans la journée, chez lui ou à l'école, il est pris de fou rire, sans raison apparente, et ne peut s'arrêter malgré les réprimandes. Les nuits sont très agitées ; l'enfant parle tout haut, a des cauchemars, sort de son lit à demi-réveillé. Alternant avec ces intermittences d'agitation, il a des périodes calmes, où il est, comme autrefois, un enfant docile, affectueux, sincère, un peu taquin de nature. Les bonnes périodes sont plus longues quand l'enfant est à la campagne. L'enfant tousse un peu, n'a pas d'appétit, refuse tout à table ; la température n'a pas été prise.

Examen : Georges est de taille normale, mais d'aspect chétif, pâle et très maigre.

Double extension de l'orteil, réflexes vifs. Pas de conservation des attitudes, pas de syncinésies, laxité ligamentaire normale, pas d'énurésie persistante. Pupilles dilatées, mais égales.

Thorax étroit ; circulation collatérale sous claviculaire, plus marquée à droite ; réflexe du sous-épineux plus vif à droite qu'à gauche. En avant, submatité nette du sommet droit, où l'on sent de la résistance au doigt. Respiration diminuée au sommet droit ; la toux y fait apparaître un sibilant. Matité paravertébrale, souffle hilaire léger.

Micropolyadénite accusée.

Tube digestif et foie normaux.

Intelligence et scolarité moyennes ; on n'obtient les réponses à l'interrogatoire qu'en insistant, pour tirer l'enfant d'une espèce de torpeur. Affectivité normale.

L'enfant part un an dans un préventorium. Nous le revoyons deux mois après son retour. Bonne mine ; bon état général ; l'enfant a engraisé ; appétit normal. Plus de toux. Le père trouve l'enfant calme et ne se plaint plus de sa turbulence. Il a encore, assez rarement, quelques fous rires, mais se maîtrise aussitôt. Les nuits sont calmes, l'enfant ne parle plus et dort bien. A l'examen, flexion plantaire à gauche^e ; l'extension persiste à droite. Les signes pulmonaires se sont amendés, mais il reste une submatité du sommet droit avec résistance au doigt. Sur notre demande, deux mois après, le père nous ramène l'enfant^e : il n'a pas eu d'intermittence psychique depuis son retour ; l'état général est très bon ; l'enfant continue à engraisser, il mange bien ; son activité est normale, et sa scolarité est bonne.

Charles G..., 11 ans. *Hérédité syphilitique possible. Précocité du développement infantile. Intermittences psychiques et tuberculose évolutive remontant à deux ans. Amélioration après un an, guérison en deux ans.*

L'enfant est amené pour de gros changements dans sa manière d'être depuis 2 ans.

A. H. : pas de psychopathes dans la famille. Les parents se disent bien portants. Une fausse-couche, un enfant normal, un enfant atteint d'aphasie motrice, avec légers signes d'hémiplégie droite, attribuée à un traumatisme obstétrical (?); enfin le petit Charles.

A. P. : Charles est né à terme ; grossesse et accouchement normaux. 1^{re} dent à 5 mois, et les autres très rapidement après ; 1^{ers} mots avant l'âge normal ; 1^{ers} pas à 14 mois. Pas de convulsions ; aucune maladie infantile.

L'enfant a brusquement changé depuis un an, et les parents craignent un affaiblissement intellectuel. Malgré les corrections qui ne lui ont pas été épargnées par le père, pendant des périodes d'une dizaine de jours, d'un mois quelquefois, l'enfant ne s'intéresse plus à rien ; il est apathique, reste les yeux dans le vague, un doigt dans la bouche, se plaint de céphalée, s'assied dans un coin, ne veut pas jouer, est triste, s'ennuie, ne sait que faire de lui-même. Rien ne l'intéresse plus ; il ne répond à sa mère que par monosyllabes, sur un ton désagréable ; il s'isole ; il paraît devenu indifférent même aux siens ; ou bien il « ronchonne » sur tout ; il refuse d'obéir, tient tête à sa mère avec laquelle il est grossier ; il ment effrontément ; il fait de petits vols, quelques sous, quelques francs. Le soir, l'enfant ne peut s'endormir ; il a des cauchemars la nuit, il s'agite, son lit est tout débordé ; le matin, l'enfant se réveille tôt, il est très fatigué. En classe, il est le dernier, alors qu'il avait eu le prix d'excellence il y a deux ans ; « il désapprend tous les jours » ; il ne sait plus faire un petit calcul, et nous voyons sur son cahier les « zéro » de dictées, les « nul » en rédaction, etc... ; on a dû cesser le violon, que l'enfant aimait pourtant beaucoup auparavant. L'enfant tousse un peu ; pas d'appétit.

Enfant très amaigri, mince et grêle ; omoplates décollées. Yeux cernés, face pâle.

Nombreux ganglions carotidiens et sus-claviculaires. Réflexe du sous-épineux très vif des 2 côtés ; myoœdème thoracique. Matité paravertébrale ; souffle hilaire expiratoire. Submatité du sommet gauche.

Pas de débilité motrice.

Appareils digestif et circulatoire normaux.

La température oscille entre 36°6 et 38°.

Enfant intelligent, bonnes réponses ; pas de perversions.

L'enfant est envoyé à la campagne ; au bout d'un an, les mauvaises périodes ont beaucoup diminué d'intensité ; l'enfant est affectueux, docile, ne vole plus, ment rarement et avoue presque aussitôt son mensonge ; il n'est plus grossier avec sa mère. Cependant, par périodes encore de 8 à 15 jours, ses yeux se cernent ; il mange mal, devient triste, ne joue plus, est plus lent à apprendre ses leçons ; ses notes de classe s'en ressentent : « l'école est le baromètre de sa santé », nous dit le père. Cependant, il rattrappe ses places perdues et passe normalement son certificat d'études à 12 ans.

Un an plus tard, nous revoyons l'enfant ; il a 13 ans. Son caractère est normal, il est gai, sociable, complaisant ; son sommeil est parfait. Ses parents lui font suivre la classe complémentaire, où il est 14^e sur 36 ; il a repris spontanément son violon. Il a engraisé, mais reste chétif et difficile à nourrir ; il a encore des périodes de 8 à 10 jours, pendant lesquelles il est très fatigué, a mauvaise mine, ne mange plus ; mais ces périodes ne s'accompagnent plus, comme avant, de troubles psychiques. Il n'y a plus ni signe stéthoscopiques, ni température.

Alphonse H..., 12 ans 1/2. *Hérédité alcoolique ; diarrhée verte infantile. Retard de développement. Convulsions. Débilité motrice. Intermittences du caractère accompagnées de gros troubles digestifs, par périodes nettes se répétant tous les deux ou trois mois.*

L'enfant est l'objet, de la part de ses parents, d'une demande de placement au Patronage de l'Enfance, car il se fait renvoyer de toutes les écoles et est insupportable chez lui.

A. H. : Pas d'aliénés dans la famille ; père, boucher, alcoolique ; mère bien portante ; 2 autres enfants normaux. Grossesse et accouchement normaux.

A. P. : Enfant né à terme ; grave diarrhée verte infantile ; 1^{re} dent à 11 mois, 1^{ers} pas à 22 mois, 1^{ers} mots à 2 ans. A 4 ans, l'enfant a une coqueluche accompagnée de convulsions pendant quelques jours ; puis rougeole et broncho-pneumonie.

Depuis 3 ans, l'enfant présente des périodes de calme et des périodes d'excitation ; chaque année, les périodes d'excitation se reproduisent 3 ou 4 fois, et durent environ 5 à 6 jours :

l'enfant insulte sa mère, bouleverse tous les objets dans la cuisine, jette de l'eau dans le couloir, et fait toutes sortes de sottises de ce genre ; il est insolent avec ses maîtres, qui ne veulent plus de lui ; les nuits sont agitées, l'enfant rêve, se lève à moitié éveillé. Pendant ces périodes, il ne mange presque pas, a de la diarrhée, et urine au lit la nuit. En dehors d'elles, il est calme dans la journée, et dort bien, sans rêves. Actuellement il est dans une période d'excitation qui motive, pour les parents, la demande de placement.

Examen : taille normale. Strabisme, remontant aux convulsions, d'après la mère.

Abdomen gros, ballonné, très sonore^o ; foie très petit. L'enfant présente une éruption d'urticaire.

Réflexes normaux ; laxité ligamentaire marquée ; pas de conservation des attitudes ; extension de l'orteil à gauche, flexion à droite.

Appareils respiratoire et circulatoire normaux.

On soumet l'enfant à un traitement digestif. Sous son influence, les troubles digestifs s'amendent, l'excitation cède.

Suzanne P..., 4 ans. *Hérédité tuberculeuse ; troubles digestifs, intermittences psychiques et tics se répétant tous les 2 ou 3 mois pendant une dizaine de jours.*

A. H. : Pas d'hérédité psychopatique. Père bien portant ; la mère était tuberculeuse : elle a eu une pleurésie pendant la grossesse, et est morte deux ans après. Un frère, âgé de 11 ans, serait « nerveux ».

A.P. : Enfant née à terme ; nourrie au sein maternel jusqu'à 5 mois. 1^{re} dent à 7 mois ; 1^{ers} pas à 15 mois ; 1^{ers} mots normalement ; l'enfant a uriné au lit jusqu'à 16 mois ; pas de convulsions.

Elle nous est amenée par sa tante, qui la suit depuis deux ans et demande un examen mental : car cette petite fille, normalement docile et affectueuse, présente tous les 2 ou 3 mois environ, des « moments de méchanceté » qui durent une dizaine de jours. Pendant ces périodes, elle est très agitée, grognon, elle a des tics multiples, fait des grimaces ; elle est brutale : elle bat ses petites cousines, les mord, les griffe, leur tire les cheveux sans raison ; on ne peut la faire obéir ; puis la voilà tout à coup sans entrain, abattue. Le soir, elle ne peut s'endormir ; les nuits sont mauvaises, l'enfant s'agite. La tante insiste sur ce fait, qu'entre ces « crises » l'enfant est calme, très facile, très gentille avec les autres enfants, d'un

naturel affectueux et gai ; les tics seraient beaucoup moins accusés pendant les bonnes périodes, sans disparaître tout à fait.

La petite Suzanne a souvent des troubles digestifs ; elle présente de l'intolérance pour les œufs ; elle a facilement des vomissements. L'appétit de l'enfant est capricieux, et la tante nous dit spontanément : « Ça va à peu près pendant 2 ou 3 mois, et puis voilà la petite qui refuse de manger, elle vomit, et sa méchanceté la reprend en même temps ; ça lui dure 8 à 10 jours, puis tout s'arrange et elle va bien. » Nous avons pu établir, par des faits précis, la coïncidence des dernières périodes de troubles digestifs, et des troubles nerveux présentés par l'enfant.

Enfant bien constituée. Tics multiples. Pas de signes de débilité motrice.

Foie petit ; abdomen gros et sonore.—

Cœur et poumons normaux.

Bonne intelligence ; l'enfant répond bien aux questions posées ; l'activité spontanée (jeux, commissions, etc...) est normale. Caractère et affectivité normaux entre les périodes d'excitation.

2 mois plus tard, nous avons assisté à une nouvelle intermittence du caractère, avec réapparition des troubles digestifs : l'enfant est très agitée ; elle a de nouveaux tics, notamment elle renverse sa tête en arrière en clignant des yeux ; à l'école, où on l'a mise dans la classe enfantine, elle se jette sur ses camarades, tantôt pour les embrasser, tantôt pour les mordre. Devant nous, elle semble passive, indifférente ; elle ne répond à aucune de nos questions.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Avec quelles affections peut-on confondre le syndrome mental présenté par ces enfants ? Les troubles apparents de l'intelligence peuvent faire penser à la débilité mentale, à la démence précoce. On pourra être tenté d'attribuer les troubles du caractère à l'instabilité ou à l'apathie constitutionnelles, à la neu-

rasthénie, à l'hystérie, aux perversions instinctives, à des séquelles d'encéphalite léthargique. L'intermittence de ces troubles évoquera les déséquilibres du caractère, la cyclothymie, les épilepsies psychiques. La présence de phénomènes moteurs associés rappellera une chorée variable. Nous dirons enfin un mot du diagnostic différentiel entre ces états périodiques et le début à longue échéance de la méningite tuberculeuse.



Il est très fréquent de voir les enfants en période d'intermittence psychique, offrir l'aspect de débiles intellectuels (1). Ou bien ils présentent un état d'apathie, de torpeur, d'hébétude, comme certains grands débiles mentaux ; ou bien c'est leur agitation, leur instabilité, ce fait de toucher à tout objet et de le lâcher aussitôt, ces gestes sans but qui peuvent donner le change. Les mères nous disent bien que l'agitation ou l'affaissement ne sont pas permanents ; mais tous les auteurs ont décrit ces états d'instabilité ou d'apathie intermittente chez les enfants arriérés et débiles intellectuels. « Tous ceux qui ont suivi et éduqué des arriérés, écrit Raoul Dupuy (2), sont unanimes à reconnaître que, dans bon nombre de cas, l'apathie de l'arriéré et l'inattention de l'instable se rencontrent périodiquement chez un même sujet » ; et il classe les arriérés en apathiques, instables,

(1) André COLLIN. L'enfance du débile intellectuel.

(2) Raoul DUPUY. *Loco citato*.

mixtes et périodiques. Paul-Boncour (3) aussi observe que les arriérés n'apprennent que par périodes, parce qu'ils ne peuvent fixer leur attention que pendant un temps très court. D'autres états pathologiques de l'esprit peuvent survenir d'une manière épisodique chez les dégénérés : ce sont les bouffées délirantes, décrites par Morel, par Magnan. Comment distinguer ces périodes d'excitation ou de dépression chez les enfants débiles ou dégénérés, de celles que nous étudions dans cette thèse ? Par l'examen des fonctions intellectuelles.

Soumettons les enfants aux tests classiques, scolaires et psychologiques. Suivant le degré de sa débilité, l'enfant arriéré fera des réponses plus ou moins exactes, mais toujours de même valeur intellectuelle : pour emprunter le classement de Binet et Simon (4), l'enfant répondra à toutes nos questions comme un enfant de 6 ou 8 ans, au lieu des 10 ou 12 ans qu'il peut avoir. Il est vrai que, sur un point déterminé, il sera susceptible de présenter des aptitudes spéciales (5) « Pour avoir une idée exacte sur le cas d'un enfant arriéré, on ne doit pas toujours juger ce sujet comme un simple retardataire, il faut encore le considérer comme un déséquilibré, un perversi, un dysharmonique de l'évolution ». Mais il s'agit alors d'aptitudes, et non d'intelligence : une certaine mémoire, telle nature d'associations, sont développées ; au contraire l'idée que se fait l'enfant

(3) PAUL-BONCOUR et PHILIPPE. *Revue pédagogique* 1914.

(4) BINET et SIMON. *Année psychologique*, 1908 et 1911.

(5) Raoul DUPUY, *Loco citato*.

de son milieu, sa compréhension des faits de la vie courante, sa capacité de juger, sont toutes également insuffisantes.

Rien de pareil chez l'enfant atteint d'états périodiques d'origine toxique. Des réponses exactes, parfois remarquables, se mêlent à de longs silences, à des réponses très inférieures, voire absurdes. Arrivez à fixer l'attention de l'enfant, les associations sont riches et brillantes, ce qui n'a jamais lieu chez le débile intellectuel ; mais que l'enfant se fatigue, « il est plus bête que nature » disait une mère. Demandez ensuite comment joue l'enfant, comment il fait les courses, comment il se conduit dans la vie de chaque jour : vous apprenez qu'il est tout à fait normal entre les mauvaises périodes, à l'opposé du débile intellectuel qui joue avec les plus petits, ne sait pas rendre la monnaie, etc... Donc, bien que les deux enfants puissent avoir quelquefois un habitus identique ; malgré la notion, chez l'un comme chez l'autre, d'intermittences d'agitation ou de dépression, nous pouvons établir notre diagnostic : d'une part, sur l'examen mental de l'enfant ; d'autre part sur ses réactions habituelles dans sa famille.

Il peut arriver que chez un débile intellectuel avéré, on rencontre des phases d'excitation ou de dépression, en même temps que des troubles digestifs chroniques ou de la tuberculose. Si l'évolution des troubles somatiques et psychiques est parallèle, si la guérison des uns amène la disparition des autres, il est logique de penser qu'il s'agissait d'une inter-

mittence toxique chez un débile, et non d'une période banale d'agitation ou d'apathie. Mais nous n'avons observé ces faits avec netteté que 5 fois sur 64.



On a décrit des formes infantiles de la démence précoce ; Mlle Hollaender (6) en a fait le sujet d'une thèse fort intéressante. La démence précoce au début revêt parfois une allure irrégulière, et ses troubles mentaux offrent alors la plus grande analogie avec ceux des enfants que nous étudions. En effet, (7) « lorsque le début s'opère lentement, il se traduit par des troubles du caractère consistant en nonchalance, apathie, indifférence, irritabilité ; par des troubles intellectuels dans lesquels dominent la faiblesse de l'attention volontaire et de tout effort mental. Constantini, cité par Mlle Hollaender (8), remarque, au sujet de 2 déments précoces qu' « ils ont un grand déficit de l'attention : on réussit difficilement à la fixer, même avec de puissants stimulants ; enfin, de l'absence de réponses on pourrait conclure que leurs ressources intellectuelles sont très minimes. Mais ils nous réservent de grandes surprises. Alors que les deux enfants paraissent ne rien comprendre, ils ont à l'improviste des manifestations qui dénotent un quantum d'idées qui n'est certainement pas inférieur à celui que comporte leur âge, les conditions sociales, le milieu spécial dans lequel ils vivent. Il se con-

(6) Mlle HOLLAENDER. Loco citato.

(7) RÉGIS. Loco citato.

(8) Mlle Hollaender. Loco citato.

ferme aussi que les objets, les personnes, les actions propres à ce milieu sont fixés par eux suffisamment pour donner lieu à des jugements exacts ». Le rire morbide non motivé, les tics et les grimaces, les fugues se rencontrent dans la démence précoce, comme dans les intermittences psychiques d'origine toxique. Dans l'une comme dans l'autre (9), « à ces troubles psychiques se joignent à peu près constamment quelques troubles physiques : de la migraine, de l'anorexie, de l'insomnie, de la constipation, des poussées fébriles éphémères ». Plusieurs fois nous avons vu André Collin réserver son diagnostic entre les deux affections. Disons cependant que nous n'avons jamais noté, dans nos observations (10), « l'indifférence émotionnelle typique qui émousse la sensibilité morale et amoindrit visiblement les sentiments et les affections ».

L'étude de l'étiologie nous apporte rarement un élément diagnostique. Car s'il est assez fréquent de retrouver des aliénés dans l'ascendance des déments précoces, les infections et les intoxications semblent jouer un rôle étiologique important dans des observations toujours plus nombreuses. Tantôt l'interrogatoire révèle une hérédité toxique ou arthritique, tantôt une intoxication ou une infection évolutive chez l'enfant lui-même (11). « On tend de plus en plus, en effet, à considérer la démence précoce comme une psychose d'intoxication, en particulier com-

(9) RÉGIS. Loco citato.

(10) RÉGIS. Loco citato.

(11) RÉGIS. Loco citato.

me une psychose d'auto-intoxication d'origine sexuelle (Kraepelin, Tschisch) ou même d'auto-intoxication plus générale (Régis, Sérieux, Masselon, Fehigt, etc...). On ne pourra donc toujours fixer d'emblée le diagnostic. Mais à la longue (12) « en faisant des examens répétés, et sans s'arrêter aux premiers résultats négatifs, on peut rendre évidents tous les symptômes caractéristiques de la démence précoce: stéréotypie, maniérisme, négativisme, écholalie, grimaces, impulsions motrices caractérisées par une grande rapidité d'action. »

★★

Le diagnostic entre l'enfant intermittent par intoxication et l'instable constitutionnel est généralement facile. Ce dernier, en effet, est agité depuis sa naissance. Cette notion d'instabilité permanente s'oppose aux longues périodes de calme au cours desquelles survient d'une manière épisodique, l'agitation de l'enfant intoxiqué. Chez ce dernier, on trouve toujours une cause toxi-infectueuse active ; enfin, son intelligence est normale, alors qu'elle est souvent déficiente chez l'instable.

Mêmes éléments de diagnostic en ce qui concerne l'enfant apathique, l'asthénie psycho-motrice constitutionnelle.

★★

Comment différencier les états périodiques à

(12) Constantini in Mlle Hollaender. Loco citato.

forme dépressive de l'enfant et la neurasthénie ? Précisons tout d'abord comment nous devons comprendre la neurasthénie chez l'enfant. S'agit-il, comme chez l'adulte, de surmenage du système nerveux ? Maurice de Fleury (13) rappelle que Charcot disait : « Je ne crois pas beaucoup au surmenage scolaire », et il remarque fort justement que, dans les classes, les enfants qui ne peuvent pas suivre n'essaient pas de suivre. C'est seulement au moment des grands concours qu'apparaît la neurasthénie du surmenage intellectuel. Il insiste, au contraire, sur la fréquence de la neurasthénie héréditaire du neuro-arthritique, de ces enfants nés fatigués. Cette neurasthénie héréditaire de Maurice de Fleury, c'est l'asthénie constitutionnelle de Paul-Boncour (14), avec cette différence que Maurice de Fleury considère la vie normale comme un surmenage pour ces enfants, tandis que Paul-Boncour croit que l'asthénique n'arrive jamais au surmenage car il est incapable d'effort. Abstraction faite de l'interprétation pathogénique différente, il s'agit du même syndrome asthénique constitutionnel. Il s'oppose, par son origine congénitale et sa permanence, aux états de dépression intermittents que nous étudions. Certains enfants, d'ailleurs, peuvent présenter, associés, une asthénie constitutionnelle et des intermittences psychiques d'origine toxique. Paul-Boncour (15) en a cité une observation

(13) Maurice de Fleury. *Loco citato*.

(14) Paul-Boncour. Asthénie psycho-motrice constitutionnelle infantile. Asthénie et neurasthénie chez l'enfant. *Progress médical*, 1913.

(15) PAUL-BONCOUR. *Loco citato*,

remarquable. Nous en avons aussi noté un cas typique.

On appelle aussi quelquefois neurasthénie certaines dépressions passagères qui caractérisent les *anormaux transitoires* de Paul-Boncour et Philippe (16). Elles se rapprochent de celles que nous étudions dans cette thèse par ce fait qu'elles sont dues aussi à une cause toxique organique ; mais elles n'offrent pas d'allure clinique périodique.



On ne confondra pas avec les intermittences psychiques d'origine toxique, les fugues, les mensonges, les fabulations, les vols, les crises des hystériques. Bien que présentant généralement l'hérédité et les troubles de développement des enfants dont le système nerveux a souffert précocement, les enfants hystériques (17) ont un état psycho-moteur permanent très spécial (fabulation, mythomanie vaniteuse, conservation des attitudes, etc.) qui les font distinguer facilement des enfants que nous étudions, parfaitement normaux entre leurs périodes pathologiques. Nous remarquons seulement que chez ces petits hystériques, comme chez tous les autres fragiles cérébraux, une infection tuberculeuse ou digestive peut donner lieu à de véritables crises d'intermittence psychique, où les phénomènes hystériques

(16) Paul-BONCOUR et PHILIPPE. Les anomalies mentales chez les écoliers, 1907.

(17) MADIN. L'enfance des hystériques. Thèse de Paris, 1915.

se développent à leur maximum, évoluent parallèlement à l'atteinte infectieuse et disparaissent avec elle. Dans ce cas, les troubles organiques sont la véritable origine de l'intermittence psychique et n'ont pas seulement la valeur de ces causes occasionnelles, émotion, petites infections, etc, qui déclenchent des phénomènes hystériques hors de proportions avec elles et évoluant en dehors d'elles.

★★

Tel enfant qui ment, qui fait des fugues, qui vole, n'est-il pas atteint de perversions instinctives ? Chez le pervers, l'hérédité similaire est de règle ; elle est très rare chez l'enfant atteint d'intermittences d'origine toxique. Au contraire, les signes de fragilité cérébro-spinale, classiques chez ce dernier, se voient moins fréquemment chez le pervers. Enfin, la perversité est constitutionnelle (18) : « L'enfant pervers instinctif est spontanément enclin à nuire à autrui. Il fait le mal pour le mal, et éprouve à tourmenter, à détruire, à nuire, un plaisir singulier ». Cependant tous les pervers ne cherchent pas à nuire d'une manière continue. Il y a aussi (19) « le pervers intermittent, que sa nature n'éloigne pas du mal et qui y est directement poussé, par périodes. C'est, dans la nocivité, un circulaire. Parfois ce sont les occasions qui déclenchent l'acte nocif, mais le plus

(18) André COLLIN. *Loco citato*.

(19) PAUL-BONCOUR. La sélection des anormaux psychiques. *L'enfant*. 1922.

souvent il subit, comme le type précédent, une bouffée impulsive que rien ne faisait prévoir ». Or, nous avons constaté, d'une façon indéniable, que certains de ces pervers circulaires, aux poussées d'apparence impulsive, présentent en réalité des intermittences psychiques d'origine toxi-infectieuse, sur un fonds évident de tendances perverses. La perversité latente, comme plus haut l'hystérie latente, se manifeste et évolue parallèlement à la toxi-infection, qui n'est plus seulement une cause occasionnelle, mais la cause véritable des troubles psychiques. Une série de symptômes permet d'établir le diagnostic d'intermittences d'origine toxi-infectieuse chez un enfant pervers. Double hérédité similaire et toxi-infectieuse ; signes de fragilité cérébro-spinale ; caractère spécial des actions mauvaises, exécutées dans le but de nuire ; présence d'une intoxication tuberculeuse ou digestive ; disparition parallèle de troubles psychiques et organiques. En voici quelques exemples :

Maurice N..., 12 ans, est amené pour mensonges, vols et fugues. Son oncle paternel est un pervers. Son père est tuberculeux ; un de ses frères est mort de méningite à 7 mois. Son premier développement a été dysharmonique : première dent à 6 mois, premiers pas à 15 mois, premiers mots à 2 ans seulement. Depuis l'âge de 7 ans, l'enfant présente des périodes de 8 ou 10 jours pendant lesquelles il est extrêmement difficile, séparées par des intervalles d'une durée de 2 mois environ, où il est tout à fait normal, affectueux avec les siens. Il urine au lit pendant les mauvaises périodes. Ses derniers méfaits, dont le début remonte à 6 jours, ont décidé les parents à demander la correction paternelle ; car, cet enfant, d'une famille honnête, n'ayant aucune mauvaise fréquentation, dont les lectures sont surveillées « a un besoin de mal faire », dit la mère, et se cache, toujours seul, quand il fait une mauvaise action ; il pique ses camarades avec une épingle, essaye de

mettre le feu au tuyau de gaz, raconte à la voisine que son petit garçon n'a pas été à l'école, pour le faire punir, colporte, pour nuire, des histoires mensongères ; il a volé des billets dans le porte-monnaie d'une fillette pendant qu'elle le montrait à une camarade, etc... Pendant qu'on l'accuse, quand on le menace d'une maison de correction, l'enfant ne manifeste aucune des réactions émotives que nous observons d'habitude chez les enfants de son âge ; le poulx, notamment, reste absolument calme et régulier.

Un gros tympanisme abdominal, des troubles digestifs rapportés par la mère, notamment l'énurésie nocturne, survenant pendant quelques jours et coïncidant avec les troubles du caractère, nous ont conduit à établir un traitement digestif qui nous a donné d'excellents résultats

François B..., 10 ans, en mars 1922, vient parce qu'il présente des périodes d'excitation anormale. Les grands-parents paternels étaient alcooliques ; la grand'mère maternelle joue aux courses. Le père, alcoolique, a fait six mois de prison pour vol ; brutal, il a donné un jour un coup de couteau à sa femme parce que le dîner n'était pas prêt ; il a fait son service dans un régiment de joyeux. La mère est bien portante et n'a pas fait de fausse-couche ; elle a un deuxième enfant normal, d'un second mariage. La grossesse et l'accouchement se sont passés normalement ; naissance à terme. L'enfant a eu sa première dent à 4 mois, et en avait six à 6 mois ; il a fait ses premiers pas à 1 an, a dit ses premiers mots à 18 mois ; a été propre de bonne heure. Il présente habituellement un caractère calme et facile ; mais il n'est pas affectueux ; il frapperait son frère quand il est seul avec lui ; serait « un peu en dessous », dit la mère ; il recherche les mauvaises fréquentations

Depuis 1 an, son caractère s'est modifié. Il présente, par intermittences, des phases d'excitation pendant lesquelles il s'agite, saute, se met dans des colères extrêmement violentes, a des crises de fou rire qui durent 1/4 d'heure ; puis il reste deux heures sans bouger, dans un coin, à ne rien faire ; à nouveau, il s'agite, fait des sauts, pousse des cris ; il ne sait plus jouer, n'a de goût à rien, devient paresseux, se met à mentir, à vagabonder, à voler. À l'école, il a perdu 24 places ; dans la moyenne, jusque là, il ne sait plus faire une addition ; toutes les pages de son cahier portent la note « mal ». Si on le charge de faire une course, il ne sait plus, en route, ce qu'il allait chercher ; s'il va au cinéma, il ne peut plus

redire ce qu'il a vu. Les nuits sont très agitées ; l'enfant rêve tout haut, crie, a peur, se débat quand on veut le recoucher ; il ne se calme que vers 6 heures du matin.

A l'examen, nous trouvons un enfant très amaigri, chétif, au teint blafard. Hypertonie musculaire marquée, conservation des attitudes persistante à droite. Double flexion plantaire. Pupilles très dilatées. Micropolyadénite généralisée. Atteinte tuberculeuse du sommet droit. L'enfant a d'ailleurs été envoyé dans un sanatorium pendant 4 mois, il y a 1 an, par l'hôpital Bretonneau. Pas de troubles digestifs. Examen intellectuel : l'enfant est apathique, a l'air lointain ; il regarde ailleurs quand nous lui parlons, ne répond pas ou dit « je ne sais pas ». Nous obtenons très difficilement ses réponses au début ; puis il s'intéresse davantage à ce que nous lui demandons ; il a alors de bonnes associations, des jugements exacts. Bonne lecture courante, bonne explication des textes et des images. Réponses scolaires mauvaises.

Pendant les mois d'avril et de mai, l'état général se relève ; l'enfant est calme, il dort bien, sa mère le trouve plus affectueux. Il nous est ramené en juillet, parce qu'il présente une nouvelle intermittence^o ; la mère ne peut absolument plus se faire obéir et demande le placement de l'enfant.

On comprend toute l'importance de ce diagnostic d'intermittence psychique d'origine toxique chez un pervers instinctif latent. Considéré comme un pervers circulaire, il ne sera pas soumis au traitement que nécessite son état organique, et ses troubles se répèteront indéfiniment. Pris pour un intermittent simple, il ne recevra pas l'éducation ferme particulière, nécessaire pour refréner ses mauvaises tendances.

★★

On a décrit, comme séquelles ou comme formes prolongées de l'encéphalite épidémique, des troubles mentaux qui portent surtout sur le caractère chez l'enfant, et qui affectent parfois la forme périodique (20). Des phénomènes moteurs, tics, myoclonies, s'y joignent souvent. La notion d'une encé-

(20) G. PETIT. Annales médico-psychologiques. Octobre 1921.

phalite antérieure vient fixer le diagnostic. On sait le pronostic sévère que semblent comporter ces derniers cas

*
**

Nous ne croyons pas nécessaire d'insister beaucoup sur le diagnostif différentiel entre les états intermittents d'origine toxique, et certaines crises d'excitation psychique ou de dépression, survenant chez des déséquilibrés : obsédés, impulsifs, caractères paranoïaques. On a signalé ces états dans l'enfance : « Tout le monde connaît, dit Moreau de Tours (21), l'observation devenue classique de ce collégien qui, troublé par la répétition incessante du nombre treize, dut suspendre ses études ». André Collin voyait tout récemment un enfant de sept ans, obsédé par l'idée de la rotation de la terre ; le père, également obsédé, est tourmenté par la même idée, mais n'en avait jamais parlé à l'enfant.

On a aussi constaté des manifestations paranoïaques chez l'enfant. « Les individus destinés à devenir des aliénés persécutés, dit Paul Pottier (22) commencent ordinairement dès l'enfance à présenter des dispositions de caractère spéciales. Ils sont sauvages, enclins à rechercher la solitude et l'isolement, sombres et taciturnes, défiants et soupçonneux, vivant à l'écart de leurs camarades, croyant toujours toujours qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en

(21) MOREAU DE TOURS. *Loco citato*.

(22) Cité par Moreau de Tours. *Loco citato*.

ridicule... » De même, à propos des troubles du caractère, Heuyer écrit (23) : « Dans l'interprétation de semblables faits, il faut faire la part de la constitution paranoïaque dont nous avons noté l'existence chez l'enfant et dont l'un des éléments est la jalousie. » Nous avons eu l'occasion de voir quelques enfants correspondant à ces types cliniques ; le diagnostic avec les intermittences d'origine toxique peut quelquefois se poser, quand les troubles du caractère se manifestent d'une manière aiguë et revêtent l'allure périodique. Mais on retrouve des troubles permanents du caractère entre les intermittences ; il y a une hérédité névropathique similaire ; les signes de fragilité cérébro-spinale font défaut ; et il n'existe pas de cause toxique provoquant les accès périodiques.

*
**

Nous n'avons pas noté d'accès d'intermittence psychique d'origine toxi-infectieuse assez intense pour faire penser à la manie ou à la mélancolie aiguës. Mais il est un diagnostic qui vient aussitôt à l'esprit en présence de ces petits malades, c'est celui de cyclothymie. Les enfants que nous avons observés sont, si l'on veut, des cyclothymiques au sens étymologique du mot ; mais on rattache actuellement ce qu'on appelle les états cyclothymiques à la psychose intermittente ou maniaque dépressive ; d'étiologie obscure et incertaine. C'est de la cyclo-

(23) HEUYER. Lécôo citato.

thymie ainsi comprise qu'il s'agit de distinguer les enfants qui font l'objet de cette étude. Au premier abord, l'aspect clinique paraît identique dans les deux cas : il s'agit d'un enfant tantôt excité, tantôt déprimé, qui présente par périodes des troubles du caractère, sans modifications de l'intelligence. En présence de l'intensité des phénomènes mentaux, les troubles organiques paraissent devoir passer au second plan. Or, telle est justement la caractéristique des intermittences cyclothymiques (24) : « Quel que soit leur degré, elles offrent le caractère commun de troubles constants de la sphère affective et de l'intégrité de la conscience. »

« (25) Mais en examinant de près ce cas, on voit que ces accès, soi-disant intermittents, sont séparés par une période toute remplie d'oscillations de l'humeur, beaucoup plus faibles il est vrai. La crise n'est donc que l'exagération de troubles morbides constitutionnels ». Rien de pareil dans nos observations : les accès constituent toute la maladie, le caractère demeurant absolument normal pendant les quelques mois, parfois les quelques années, qui séparent les intermittences mentales. Nous croyons ces faits de première importance : en effet, selon G. Deny, cité par Kahn (26), les « formes légères, tout comme les formes graves de la folie circulaire, ne sont que l'exagération d'une constitution psychique qui pré-existe à leur apparition, et survit à leur disparition ».

(24) KAHN. *Loco citato*.

(25) *Ibidem*.

(26) *Ibidem*.

Or, c'est à cette constitution psychique spéciale, qu'il convient, je crois, de réserver l'appellation de cyclothymie ».

A ce premier point diagnostique, fondé sur l'état mental du sujet, vient s'ajouter un deuxième point, c'est l'hérédité dissemblable (27). « L'hérédité des cyclothymiques montre presque toujours des antécédents pathologiques de l'esprit »; l'hérédité toxico-infectieuse est de règle chez les enfants que nous étudions. Enfin, chez ces derniers, une cause toxique est nécessaire pour provoquer l'accès, elle l'accompagne, cesse avec lui. Au contraire, « (28) tout individu qui, sans motif ou pour des motifs insuffisants, présente des modifications de l'humeur apparaissant et disparaissant brusquement est un cyclothymique »; et si, sur ce fonds très spécial, les infections, les intoxications, les grossesses, les règles provoquent des crises, on ne doit les considérer que comme des causes tout à fait occasionnelles (29), « au cours du cycle d'un état constitutionnel ». C'est pourquoi aussi le traitement de ces cyclothymies est précaire, la récurrence certaine; la disparition totale des accidents sous l'influence du traitement général est une dernière confirmation du diagnostic d'état périodique d'origine toxique. On comprend tout l'intérêt de ce diagnostic au double point de vue étiologique et pronostique. Il ne s'agit pas de ces troubles psychiques héréditaires et constitutionnels, manifestations atté-

(27) *Ibidem.*

(28) *Ibidem.*

(29) *Ibidem.*

nuées de la psychose maniaque dépressive de l'adulte, dont la cause toujours discutée reste toujours obscure, mais dont on connaît le pronostic sévère. L'intermittence psychique chez l'enfant que nous étudions n'est qu'un accident : elle naît avec la cause toxique, disparaît avec elle ; elle traduit une sensibilité spéciale du système nerveux à une intoxication chronique banale ; comme des poussées faciles d'urticaire ou d'eczéma révèlent chez d'autres malades une sensibilité spéciale de la peau aux poisons digestifs.

Néanmoins la ressemblance clinique entre les deux états psychopathiques est réelle, et nous sommes persuadée qu'un certain nombre d'enfants considérés comme cyclothymiques, n'ont en réalité que des intermittences d'origine toxi-infectieuse. Nous avons vu André Colin, à sa Clinique, il y a quelques années, réserver son diagnostic et son pronostic mental en présence des enfants que nous étudions. L'épreuve du temps, la répétition du même type clinique d'états intermittents associés à une toxi-infection, nous semblent avoir résolu la question. Parmi les très nombreuses et très intéressantes observations recueillies par Heuyer dans sa thèse (30), nous avons trouvé quatre fois des phénomènes d'*intermittence* au sujet desquels il soulève l'hypothèse d'une cyclothymie. Dans l'une d'elles (observation 100), nous trouvons une hérédité psychopathique (mère suicidée) ; aucun trouble organique n'a été constaté

(30) HEUYER. Loco citato.

chez l'enfant ; rien ne fait penser à des intermittences d'origine toxi-infectieuse. C'est au contraire ce diagnostic qui nous semble pouvoir être proposé pour les trois autres observations, surtout pour les observations 99 et 48. Nous sommes obligée de résumer ces observations, pourtant intéressantes dans tous leurs détails (31).

OBS. 102 : Intermittences psychiques de dépression et d'excitation avec vols et fugues chez un enfant d'intelligence normale. On note une tuberculose ganglionnaire et des troubles dyspeptiques chroniques. Une sœur a présenté des symptômes méningés, et est restée très arriérée.

OBS. 99 : 14 ans. Double hérédité éthylique, peut-être P.G. maternelle au début. Pas d'autres antécédents vésaniques ; retard de développement. Adénopathie trachéo-bronchique, myxœdème (32). « Le premier jour où l'enfant a été examiné, il était inattentif, paraissait absent, répondait à peine. On pouvait porter le diagnostic d'imbécillité. Revu trois jours après, il était plus éveillé, répondait d'une façon assez bonne à certaines questions logiques. La mère dit qu'en temps ordinaire il a ainsi des périodes variables pendant lesquelles, alternativement, il reste assis sur une chaise en paraissant rêver, ou, au contraire, il est actif et même un peu excité ». Légère débilité mentale, arriération scolaire considérable

(31) *Ibidem.*

(32) *Ibidem.*

(33) *Ibidem.*

(33) « Paraît affectueux pour les siens ; pas de malignité, mythomanie légère, instabilité. Ecole buissonnière d'une façon répétée, trois places depuis un an. Pendant certaines périodes, travaille bien et on est content de lui ; puis pendant quelque temps, est turbulent, va jouer au lieu d'aller travailler. »

OBS 48. — Fille de 12 ans 1/2. Parents tuberculeux. Prématuration. Retard de développement. Adénopathie trachéo-bronchique ; a été pendant 6 mois en traitement à Hendaye. Débilité mentale, arriération scolaire Attention mauvaise : test d'André Collin bien exécuté à la quinzième fois seulement (34). « La mesure de l'attention est, d'ailleurs, variable d'un jour à l'autre ».. « (35) Affectivité normale pour les siens. Est généralement douce, obéissante et affectueuse. Depuis trois ans, présente chaque année vers le mois de juillet, et pendant deux ou trois mois, des troubles du caractère. Elle devient agitée, turbulente, indisciplinée, intraitable. Elle n'apprend rien en classe et a été mise trois fois à la porte de l'école où elle fréquentait. Pendant ces périodes, vols répétés et incorrigibles... Pendant la même période, mensonges, mythomanie vaniteuse... En même temps, troubles de l'état général, diminution de l'appétit, amaigrissement. Au bout de deux à trois mois, ces troubles du caractère disparaissent, l'enfant paraît redevenue normale et ne conserve que les signes de débilité mentale. A été en observation pen-

(34) *Ibidem*

(35) *Ibidem.*

dant trois mois aux Enfants-Malades, dans le service du Docteur Méry, sans qu'on ait constaté de perversions. »

Nous retrouvons chez ces enfants très bien observés, les caractéristiques des états périodiques d'origine toxi-infectieuse : hérédité toxique ou infectieuse ; retard de développement ; troubles du caractère d'allure intermittente, sans perversions ; grosse diminution de l'attention ; adénopathie trachéo-bronchique, avec retentissement net sur l'état général, dans l'observation 48 au moins. Notons cette particularité que l'examen de l'intelligence révèle, dans les deux derniers cas, une débilité mentale avec arriération scolaire. Nous avons aussi observé cette débilité mentale, mais nous ne l'avons trouvée que 5 fois sur 64 enfants examinés. Parmi les 102 observations d'Heuyer (36), nous n'avons trouvé que 10 enfants porteurs d'adénopathies trachéo-bronchiques ; il faudrait admettre une singulière coïncidence pour que les 3 enfants ayant tous les caractères des intermittences psychiques d'origine toxi-infectieuse présentent justement tous une adénopathie trachéo-bronchique notable, alors qu'on retrouve cette affection 7 fois seulement chez les 99 autres enfants anormaux étudiés par Heuyer.

Au moment de résumer ce très important diagnostic entre la cyclothymie et les états périodiques d'origine toxi-infectieuse, remarquons que nous retrouvons ici les mêmes caractères différentiels que

(36) *Ibidem.*

nous avons déjà rencontrés à propos des autres troubles constitutionnels du caractère. Pervers, obsédés, paranoïaques, cyclothymiques, ont tous une hérédité mentale névropathique, souvent similaire ; chez eux, pas de signes de fragilité cérébro-spinale ; leurs apparentes intermittences ne sont que l'exagération de leur caractère morbide latent : toute cause occasionnelle peut provoquer les paroxysmes. Il est évident aussi que les cyclothymiques, comme les pervers ou les obsédés, peuvent avoir reçu un système nerveux fragile, et réagir à une toxi-infection, par des accès mentaux périodiques. Nous sommes alors en présence de types cliniques complexes, à propos desquels il est particulièrement délicat de faire la part de l'influence névropathique héréditaire et celle de la fragilité acquise du système nerveux. Nous en avons observé quelques exemples.

Le diagnostic de l'épilepsie psychique et des intermittences d'origine toxique est souvent difficile, et ne peut toujours être établi. Dans l'un et l'autre cas, on peut retrouver la même hérédité toxi-infectieuse, le même incident obstétrical, les mêmes symptômes de fragilité cérébro-spinale (convulsions, affections du système nerveux chez les frères et sœurs). Et voici qu'à l'âge scolaire apparaissent de profondes modifications du caractère, par périodes plus ou moins espacées, sans crises comitiales nettes ; quand les accès de colère et « (37) ces crises de mé-

(37) Mlle DELPORTE. Loco citato.

chanceté sont précédées d'une période plus ou moins longue d'irritabilité, et suivies de profonde fatigue, de dépression mélancolique, entrecoupées d'accès passagers d'expansion, de bienveillance », il faut redouter le mal comitial, pense Mlle Delporte. Nous avons retrouvé, dans la littérature médicale, de nombreuses observations d'équivalents psychiques de l'épilepsie d'une durée de plusieurs jours, chez l'enfant. Nous remercions Mlle le Docteur Tobolowska de nous avoir communiqué une très intéressante observation de ces équivalents comitiaux psychiques, survenant par périodes d'une durée de quinze jours ; nous en résumons quelques passages caractéristiques :

Il s'agit d'une fillette de 8 ans, qui se fait successivement renvoyer de toutes les pensions. Pendant 2 ou 3 mois, l'enfant est tout à fait normale, gentille, douce, serviable, très affectueuse ; elle apprend facilement à l'école ; puis, pendant une quinzaine elle se met à mentir, elle cache les objets, tous les jours un livre de classe, par exemple ; elle vole tout ce qu'elle peut trouver ; un jour, elle s'est emparée d'une orange moisie qu'elle a mangée en entier ; masturbation, bestialité. Elle devient « bête » ; en classe, quand on lui parle, elle est « dans la lune » Il lui arrive parfois, le jour ou la nuit, d'uriner sous elle. Quelquefois, dans la journée, l'enfant devient immobile, les yeux hagards ; elle pâlit, le nez et les lèvres se pincement, les yeux se révulsent ; aucun mouvement, aucune raideur ; l'enfant paraît ne plus entendre ce qu'on lui dit ; ces phénomènes se prolongeraient de 5 à 15 minutes. Au bout d'une quinzaine de jours, elle retrouve son état mental antérieur ; elle ne garderait aucun souvenir de sa mauvaise période.

La constatation d'absences nettes impose pour cette observation le diagnostic d'épilepsie psychique ; mais tous les épileptiques ne présentent pas ce symp-

tôme, et il faut chercher d'autres éléments diagnostiques. Quelquefois, l'enfant épileptique est atteint d'une certaine débilité mentale, ou bien on peut relever chez lui quelque signe de lésion organique du système nerveux, hémiparésie fruste, par exemple. Mais le diagnostic reste souvent très difficile. Dans l'interprétation des phénomènes observés, l'existence de troubles digestifs et la guérison simultanée des désordres physiques et mentaux sous l'influence d'un régime sévère ne sont pas un appoint en faveur des intermittences d'origine toxique : en effet, les troubles digestifs sont fréquents chez l'épileptique, et chacun sait qu'un des meilleurs traitements de l'épilepsie est un régime de désintoxication digestive (38). Rappelons cependant que l'incontinence d'urine du comitial est isolée, se produit une fois à intervalles variables, tandis que l'énurésie de l'intoxication digestive se répète en série pendant 8, 10, 15 jours consécutifs. La présence d'une adénopathie trachéo-bronchique accompagnée d'un mauvais état général, et dont l'évolution est parallèle à celle des phénomènes psychiques, fera penser à des accès périodiques d'origine toxique. Nous rapportons ci-dessous l'observation d'un enfant chez qui ces dernières avaient donné le change pour des équivalents épileptiques ; un traitement général institué contre l'adénopathie trachéo-bronchique a guéri ce faux comitial.

Raymond G..., 10 ans. L'enfant est amené pour des colères.

(38) Maurice de FLEURY. in *Médications symptomatiques. Bibliothèque de thérapeutique.*

A. H. : Père coléreux ; mère tuberculeuse, grossesse et accouchement normaux

A. P. : L'enfant est né à terme, 1^{re} dent à 15 mois, 1^{ers} mots à 10 mois, 1^{ers} pas à 15 mois, propre de bonne heure ; pas de convulsions. Nourrisson très agité et coléreux ; les colères ont cessé vers l'âge de 2 ou 3 ans. A 7 ans, l'enfant a eu une bronchite.

A 10 ans, en février 1917, pneumonie (?) ; depuis, c'est-à-dire depuis cinq mois, l'enfant a des colères violentes. « J'avais cru d'abord à de simples colères, nous dit la mère, mais voyant que cela montait pendant trois ou quatre jours pour se terminer par la crise, j'ai pensé qu'il était malade ». En effet, après une période de calme de 8 jours environ, l'enfant devient énervé, instable, irritable : rien ne lui plaît : aucun de ses jeux habituels ; il est désagréable, grognon, il pleure souvent, une fois même pendant deux jours ; il dit qu'il a envie de pleurer, mais qu'il ne sait pas pourquoi ; il se réveille au milieu de la nuit, et reste quelquefois 2 heures sans se rendormir. Après 5 ou 6 jours de cet état, la crise de colère se déclanche pour un motif insignifiant : par exemple, l'enfant joue avec une lanterne magique, puis s'en va ; la mère souffle la lampe ; l'enfant revient, entre en colère, casse le verre de la lampe, se roule par terre ; puis il reste très fatigué, couché, sans bouger, pendant vingt minutes environ. Il n'urine jamais sous lui, n'a aucun mouvement convulsif, ne s'est jamais mordu la langue ; il ne perd pas connaissance, se rappelle parfaitement tous les détails de sa crise. Les jours suivants, il est calme, doux, affectueux, regrette sa colère, dort très bien la nuit. Au bout d'une dizaine de jours environ, il recommence à s'agiter, et une nouvelle période se produit, analogue à la précédente. On pense naturellement à des équivalents psychiques comitiaux ; cependant, l'enfant n'a pas d'absence, ni d'émission d'urine isolée la nuit.

A l'examen, nous sommes en présence d'un enfant de taille normale, maigre et chétif, voûté, blafard. L'expression est douce et triste. Grosse adérite cervicale ; micropolyadénite généralisée. Cyphose dorsale ; épaules rejetées en avant, clavicules effacées ; thorax étroit, coup de hache sous-mammaire, omoplates scaphoïdes. Adénopathie trachéo-bronchique marquée. Laxité ligamentaire considérable ; légère syncinésie ; vivacité des réflexes. Double flexion plantaire. Pas de conservation des attitudes. L'enfant n'a pas d'appétit. Pas de troubles digestifs. Intelligence normale. bonne scolarité : l'enfant se maintient en classe dans la moyenne. Il est doux et

affectueux, et ne présente ni troubles du caractère, ni perversions. Nous le suivons de juin à septembre : la température, prise tous les soirs, oscille entre 36°6 et 37°6, avec, de temps à autre, un clocher à 40°, que n'explique aucune infection surajoutée. Pendant les périodes d'excitation psychique, la température est toujours élevée ; mais nous n'avons pu établir, d'une façon nette, des oscillations parallèles du caractère et de la température. L'enfant, mis au repos, est traité comme un petit tuberculeux ; son état général s'améliore.

Il a encore, au début du traitement, 2 intermittences d'excitation avec crises de colère ; puis des périodes d'excitation sans colères qui vont s'espacant, pendant 4 mois encore. A cette date, l'état général est satisfaisant ; l'enfant est calme ; il manque seulement un peu d'entrain et d'appétit.

*
**

Certains cas de chorée de Brissaud peuvent prêter à confusion avec les états périodiques d'origine toxique, quand les mouvements choréiques sont réduits au minimum et que l'état d'agitation, d'excitation, d'insomnie est particulièrement intense ; nous avons souvent observé, en effet, chez les enfants qui font l'objet de cette étude, l'association de la maladresse musculaire, et de mouvements plus ou moins involontaires, aux modifications psychiques. C'est toujours sur l'existence d'une toxi-infection chronique, dont la guérison entraînera la disparition des troubles moteurs et mentaux, que sera fondé le diagnostic dans les cas difficiles.

*
**

Enfin, on pourra quelquefois hésiter entre le diagnostic d'intermittences psychiques d'origine toxi-infectieuse, et celui de modifications du caractère symptomatiques d'une méningite tuberculeuse

au début. Ces faits nous paraissent particulièrement intéressants après les observations, maintenant nombreuses, invoquées en faveur des rémissions, peut-être de la guérison, de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (39) « Partout où elle s'installe, la tuberculose est une maladie à épisodes successifs, à poussées séparées par des intervalles de temps où elle sommeille, périodes de guérison apparente, dont le danger apparaît quand on soigne et qu'on suit des tuberculoses pulmonaires au début, dans les premières phases. » Barbier et Gougelet ont réuni des observations d'enfants ayant présenté des accidents méningés curables, suivis d'une récurrence mortelle ; à l'autopsie de quelques-uns, on trouvait, à côté d'un foyer méningé actif, un foyer sclérosé. « Tous les auteurs ont noté, dit Lesage (40), dans le cours de la méningite tuberculeuse, des rémissions des suspensions d'évolution, 2 mois, 6 mois, un an même, pendant lesquels l'enfant semble guéri, quand les symptômes réapparaissent, suivis de l'évolution fatalement mortelle. » Les modifications du caractère à longue échéance ont été relevées par Lesage (41) : « Pendant quelques mois l'enfant maigrit, change de caractère, devient triste et agité, avec des crises d'insomnie. »

Ces changements du caractère peuvent prendre

(39) BARBIER et GOUGELET. Episodes tuberculeux méningés curables chez les enfants. Société médicale des hôpitaux. 1911.

(40) LESAGE. La méningite tuberculeuse de l'enfant. Masson, 1919.

(41) LESAGE. Loco citatq.

un aspect périodique; nous l'avons observé trois fois: Eugène C... présentait, au moment où nous l'avons examiné, associés à un véritable état de mélancolie par accès, des signes de raideur qui ont immédiatement attiré l'attention du Docteur André Collin. Chez Rose B. pendant quatre mois, on a noté, à côté des intermittences du caractère, des modifications du pouls et une petite crise d'allure comitiale, qui ont décidé à faire une ponction lombaire. Mais pendant 2 mois, nous avons pensé au diagnostic de périodes de dépression d'origine toxo-infectieuse, chez un enfant qui est mort de méningite tuberculeuse 13 mois après le début de ses intermittences psychiques.

Jean R..., 5 ans, est amené par sa mère le 7 mars 1916 pour des « idées noires ». Voilà 2 mois passés, il a été pendant 3 semaines « tout à fait triste » ; puis après une période de gaieté, il présente maintenant des alternances de bon état psychique et de tristesse, d'une dizaine de jours environ. Pendant ces périodes de dépression, il se plaint d'être toujours fatigué, joue peu ; au milieu de ses jeux, il revient vers sa mère pour lui demander tristement comment il sera quand il sera mort ; comment il aura les yeux, les mains, s'il pourra marcher, s'il verra sa grand'mère. D'autres fois, il dit qu'il veut s'étouffer sous ses draps. Quand on lui donne un médicament, il dit qu'il ne faut pas le soigner, qu'il va mourir, etc...

Nous ne relevons, dans les antécédents héréditaires, aucune tare psychique, mais l'enfant est fils de tuberculeux. Il a eu à six mois des troubles digestifs graves ; son développement a été retardé : 1^{re} dent à un an, 1^{ers} pas à 19 mois, 1^{ers} mots à 2 ans ; il a été procre de bonne heure. L'enfant est amaigri et pâle : la mère nous apprend qu'il est soigné depuis sept mois dans un dispensaire antituberculeux ; il tousse beaucoup, maigrit depuis un mois. A l'examen, extension de l'orteil persistante à gauche, flexion à droite ; laxité ligamentaire considérable ; vivacité des réflexes ; pas de conservation des attitudes. A l'auscultation, on trouve des signes évidents d'adénopathie trachéo-bronchique, contrôlés d'ailleurs

par la radioscopie (Demoulins). Le foie est petit, l'abdomen gros et sonore.

Du 25 mars au 4 avril, l'enfant est gai, il tousse moins.

Le 4 avril, nouvelle dépression l'enfant essaye de se percer le cœur avec un crayon pour ne plus en avoir, pour se faire du mal, pour pleurer ; il soupire souvent, sans raison apparente. Pendant 3 semaines, il reste ainsi déprimé ; chaque fois que la mère revient, c'est pour nous répéter que l'enfant est très triste, qu'il a des idées noires ; qu'il dit toujours qu'il veut mourir, qu'il veut se tuer ; qu'il refuse de manger ; la température oscille entre 37°6 et 38°6. Puis l'enfant traverse une bonne période, de fin avril au début de mai. A ce moment, il commence une phase d'excitation : il est rouge, excité, agité ; il passe, nous dit la mère, « ses 24 heures à se mettre en colère et à s'assoupir, nuit et jour ». Il ne parle plus ni de mort ni de suicide.

L'enfant part pour Hendaye, il y meurt en janvier 1917 de méningite tuberculeuse.

CONCLUSIONS

1° Les enfants de 4 à 16 ans présentent parfois des périodes d'excitation ou de dépression nettement caractérisées, qui se traduisent par des changements notables d'attitude et qui modifient brusquement leur manière d'être. Nombre de ces enfants deviennent alors tout à coup des délinquants.

2° Etant donné qu'après ces périodes transitoires, tout revient à l'état normal, sans aucun déficit intellectuel ni affectif et que ces périodes se reproduisent pendant quelques années avec une apparente régularité, tantôt caractérisées par des phénomènes d'excitation, tantôt par des phénomènes de dépression, tantôt par des alternances d'excitation et de dépression, la première idée qui vient à l'esprit est de considérer ces états comme des manifestations de la psychose périodique.

3° Mais puisque des examens cliniques rigoureux et répétés révèlent à chaque période mentale pathologique la coexistence de troubles digestifs ou d'un envahissement tuberculeux de l'organisme, et puisqu'un traitement institué contre la seule cause morbide organique entraîne en même temps la disparition des troubles viscéraux et des altérations de l'humeur, il est possible d'affirmer que ces états sont

provoqués par l'action de poisons définis, tuberculeux ou digestifs, sur le système nerveux. Il n'est donc point indiqué de les rattacher à la psychose intermittente, dont l'étiologie est d'ailleurs si incertaine.

4° Si l'on considère la fréquence des troubles digestifs ou des tuberculoses ganglionnaires chez les enfants, on peut être étonné de la rareté relative de ces états intermittents. C'est qu'il ne surviennent que chez des sujets atteints d'une fragilité nerveuse particulière. Leur sensibilité à cet égard s'est traduite, au cours des premières années, par leur tendance au délire fébrile, aux terreurs nocturnes, aux convulsions, et par le retard, la précocité ou la dysharmonie de leur développement. Sur ce terrain, une intoxication banale fait surgir les incidents périodiques.

Vu : Le Président de Thèse,
NOBÉCOURT.

Vu : Le Doyen,
2 H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

E. APERT : Les enfants retardataires, 1902.

AUBRY : Psychoses de l'enfant à forme de démence précoce. *Encéphale*, octobre 1910.

AUDEMARD : Les anormaux psychiques de l'école. *Enfance anormale*, février 1912.

BARBAUX : Etude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants. Thèse de Paris, 1910.

BARBIER ET GOUGELET : Episodes tuberculeux méningés curables chez les enfants. Société médicale des Hôpitaux. Paris, décembre 1911.

BINET ET SIMON : Le développement de l'intelligence chez les enfants. *Année psychologique* 1908.

BINET : Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école. *Année psychologique* 1911.

BLANC (Charles) : Les diarrhées dyspeptiques de l'enfant. *Archives de médecine des enfants*, mai 1916.

BOURNEVILLE : Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie. *Progrès médical* 1891.

BRUN ET BONGIOANNINI : Les altérations fonctionnelles et anatomiques du foie des enfants, dans la tu-

berculose chirurgicale. Archives de médecine des enfants, mai 1910.

COJAN (Noël) : Contribution à la pathogénie de l'énurésie dite essentielle. Thèse de Paris 1922.

ANDRÉ COLLIN : Contribution à l'étude de l'énurésie dite essentielle. Gazette des hôpitaux, 30 novembre 1911.

— Le syndrome infantile normal psycho-neuromusculaire. Thèse de Paris, 1912.

— Agitation paroxystique et tics multiples chez un enfant de 8 ans. Médecine infantile, mai 1913.

— Les principaux types morbides des écoliers insuffisants. Revue pédagogique, 11 novembre 1917.

— L'enfance du débile intellectuel. Annales médico-psychologiques, mars et mai 1919.

— Les trois causes de la délinquance juvénile. Journal de pédagogie, juin 1919.

— Le développement de l'enfant. Doin, 1914.

ANDRÉ COLLIN ET ROLLET : Traité de médecine légale infantile. Paris 1920.

COMBE (de Lausanne) : L'auto-intoxication intestinale. Archives de médecine des enfants, janvier 1904.

COMBY : Appendicite chronique chez les enfants. Archives de médecine des enfants, juin 1910.

COMBY ET GRANCHER : Traité des maladies de l'enfance.

CRUCHET : Les fugues, en particulier chez l'enfant. XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France.

CRUCHET ET H. SÉRÉGÉ : Evolution clinique du foie chez l'enfant normal. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1908.

DECROLY : Les causes des irrégularités mentales chez les enfants. Policlinique de Bruxelles, 1909.

— Prophylaxie et traitement de l'enfance anormale. Policlinique de Bruxelles, 1909.

— Examen mental des enfants anormaux. Enfance anormale, avril 1914.

— Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'arriération infantile. Enfance anormale, juin 1914.

DEBAT : La température de la face. Ses variations sous l'influence des irritations internes et externes. Thèse de Paris 1914.

DELILLE (Armand) : Prétendues fièvres de croissance chez les enfants, leur rapport avec la tuberculose. Société de pédiatrie, 18 novembre et 16 décembre 1919.

Mlle DELPORTE : Les altérations du caractère chez l'enfant. Thèse de Paris 1902.

DEMOOR : Rapport à la VIII^e assemblée de la Société Protectrice de l'Enfance Anormale.

DIEULAFOY : Manuel de pathologie interne.

DUPRAT : L'instabilité mentale, 1899.

DUPRÉ : La constitution émotive. Paris médical 1911.

DUPRÉ ET MERKLEN : La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge. XIX^e Congrès de aliénistes et neurologistes, Nantes 1909.

DUPRÉ ET HEUYER : Chorée chronique intermittente à début infantile. Revue neurologique, 1914.

DUPUY (Raoul) : Les enfants arriérés. Enfance anormale, février 1912.

— Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'arriération infantile. Enfance anormale, juin 1914.

ENRIQUEZ : Traité de médecine.

FÉRÉ : La famille névropathique.

FLEURY (Maurice de) : Le corps et l'âme de l'enfant.

— Nos enfants au collège.

— Les médications symptomatiques. Bibliothèque de thérapeutique.

GÉNILLIER (Pierre) : Le signe du sous-épineux dans la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris 1919.

GOUGET : A propos de la curabilité et du traitement de la méningite tuberculeuse. Presse médicale 1913.

M^{LLE} GOURVITCH-SCHMERLING : La forme digestive de l'énurésie. Thèse de Paris 1912.

GRANDVILLIERS ET COURJON : Les enfants anormaux. Enfance anormale, décembre 1905.

GRANJUX : L'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose (œuvre Grancher) et les anormaux psychiques. Enfance anormale, février 1912.

HÉDON : Précis de physiologie.

HENDRIX : Crises épileptiques et troubles digestifs. La Policlinique 1907.

HEUYER : Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Thèse de Paris 1914.

— De la nécessité de l'examen psychiatrique des enfants anormaux à l'école. Presse médicale 1919.

— Rapport sur l'état physique et l'état intellectuel des enfants des écoles des pays libérés, mai 1920.

M^{LLE} HOLLAENDER : Démence précoce infantile. Thèse de Genève (Cahors 1911).

JEANNERET (Lucien) (de Lausanne) : Les troubles digestifs de l'enfant tuberculeux. Archives de médecine des enfants, janvier 1916.

KAHN (Pierre) : La cyclothymie. Thèse de Paris 1909.

KRANTZ : De l'étude de la température dans le diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant. Thèse de Paris 1908.

LAROCHE (Guy) : Fixation des poisons sur le système nerveux. Thèse de Paris 1911.

LE ROY DES BARRES : Les arriérés scolaires. Contribution clinique. Thèse de Paris 1910.

LESAGE A. : La méningite tuberculeuse de l'enfant, Masson 1919.

LESAGE et André COLLIN : Résistance à la fatigue chez l'enfant au-dessous de 2 ans et demi. Archives de médecine des enfants, juin 1911.

— Troubles passagers de la marche et de la station chez un enfant de cinq ans. Médecine infantile, 1913.

LÉVI (Léopold) : Contribution à l'interprétation de la fièvre cryptogénique (hyperthermie et fébricules thyro-endocriniennes).

LEY : L'arriération mentale. 1904.

MADIN : L'enfance des hystériques. Thèse de Paris 1915.

MEURICE : Les fugues chez les enfants. Thèse de Paris, 1899.

MLLE MIOCHE : Etude sur la cuti-réaction à la tuberculine dans l'enfance. Thèse de Paris, 1919.

MOREAU DE TOURS : La folie chez les enfants. 1888.

NATHAN ET DUROT : Les arriérés scolaires. 1913.

NATIER (Marcel) : Paresse scolaire et gymnastique respiratoire. La médecine scolaire, 10 avril 1914.

NOBÉCOURT : Signification clinique de l'azotémie chez les enfants. Archives de médecine des enfants. Novembre 1913.

— Précis de médecine des enfants.

— Hygiène sociale de l'enfance. Masson 1921.

MLLE PASCAL : Formes mélancoliques de la démence précoce. Période initiale. Archives de neurologie, avril 1907.

MLLE PATTE : De la cuti-réaction à la tuberculine. Thèse de Paris 1919.

PAUL-BONCOUR : Des mesures à prendre à l'égard des enfants délinquants mentalement anormaux. Enfance anormale, février 1912.

— Du rôle des intoxications dans l'instabilité psychomotrice. Enfance anormale, février 1912.

— Excitabilité psychomotrice et troubles digestifs chez l'enfant. Progrès médical 1912.

— Asthénie psychomotrice constitutionnelle infantile. Asthénie et neurasthénie chez l'enfant. Progrès médical 1913.

— La sélection des anormaux psychiques. L'enfant, mars 1922.

PAUL-BONCOUR ET PHILIPPE : Les anomalies mentales chez les écoliers, 1907.

— Vrais et faux anormaux scolaires. Revue pédagogique, novembre 1914.

PETIT (Georges) : Dissociation psycho-organici-

que, intermittences et périodicité au cours de l'évolution des formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. Annales médico-psychologiques, octobre 1921.

RÉGIS : Précis de psychiâtrie.

— Esquisse générale de l'assistance éducative des anormaux psychiques. Enfance anormale, octobre 1912.

MLLE MARIE REVON : Les mensonges de l'enfant normal et pathologique. Leurs conséquences judiciaires. Thèse de Paris 1920.

REVUE des tribunaux pour enfants, 1915.

RICHARD PIERRE (de Poitiers) : Recherche et traitement de l'état pré tuberculeux chez l'enfant. Archives de médecine des enfants, avril 1921.

MLLE ROGIER : Acquisition du langage chez l'enfant. Démutisation physiologique et pathologique. Thèse de Paris 1923.

ROUBINOVITCH : Les enfants anormaux en France. Bulletin médical 1906.

SABOURIN : Quelques points de repère pour l'auscultation des tuberculeux. Paris-Médical 1918.

SCHUTZENBERGER : Le vol chez l'enfant. (Etude médico-légale). Thèse de Paris 1921.

SHUTTLEWORTH : Les enfants anormaux au point de vue mental. Traduction Ley.

SULLY (James) : Etude sur l'enfance.

TINEL, SANTENOISE ET LAURENT : Les variations du tonus vago-sympathique au cours de l'érythème sérique et de quelques maladies infectieuses.

TINEL ET SANTENOISE : Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie.

VANEY : Les clairs-obscurs de l'anomalie mentale. Enfance anormale, février 1912.

VIGOUROUX ET NAUDASCHER : Les infections et les intoxications dans la démence hébéphrénique. Annales de la Société médico-psychologique, 1909.

VINCHON : Les délires des enfants. Thèse de Paris, 1911.

VOISIN : Les psychoses de la puberté. Congrès international de psychiâtrie, Paris 1900.

